

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1892, à 1 heure

Par GABRIEL JACQUES

Né à Corbeny (Aisne), le 2 mai 1860

Ancien externe des hôpitaux
(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

DE L'ÉTAT SÉBORRHÉIQUE DE LA PEAU

Et de ses rapports avec les dermatoses notamment avec l'Acné
ÉTUDE DE PATHOGÉNIE ET DE TRAITEMENT

Président : M. BOUCHARD, professeur.

*Juges : MM. PANAS, professeur.
BRUN, CHANTEMESSE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

289

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1892, à 1 heure

Par GABRIEL JACQUES

Né à Corbeny (Aisne), le 2 mai 1860

Ancien externe des hôpitaux
(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

DE L'ÉTAT SÉBORRHÉIQUE DE LA PEAU

Et de ses rapports avec les dermatoses notamment avec l'Acné

ÉTUDE DE PATHOGÉNIE ET DE TRAITEMENT

Président : M. BOUCHARD, professeur.

*Juges : MM. PANAS, professeur.
BRUN, CHANTEMESSE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTÉRE	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUCHARD

Médecin de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

AVANT-PROPOS

Aborder l'étude de la *Séborrhée*, c'est vouloir, dans l'état actuel de la Science, se heurter aux difficultés sans nombre d'une question de physiologie et de pathologie, l'objet des plus vives polémiques; c'est vouloir, comme nous le disait récemment le professeur Unna, entrer dans le monde des hypothèses sur hypothèses!

Aussi, ce travail n'a-t-il pas la prétention d'apporter une solution à un problème trop complexe et si discuté. Son but est d'envisager l'état *séborrhéique anormal* sous deux points de vue particuliers, en montrant que celui-ci *est la conséquence de troubles digestifs; — qu'il crée sur la peau un bon terrain de culture pour les germes pathogènes.*

Ces faits, que corroborent les données théoriques, semblent bien prouvés par le résultat des observations cliniques et par l'efficacité d'un traitement spécial.

Nous donnerons certaines considérations physiologiques et pathogéniques, les premières, nécessaires pour exposer les diverses théories relatives à la séborrhée; les secondes, s'imposant forcément à la suite de l'étiologie admise par nous.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par M. le Dr Barthélemy, médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis. Ce cher maître nous a fourni des indications précieuses qui ont permis de donner quelque intérêt à ces pages. Nous l'en remercions

sincèrement et aujourd'hui nous sommes heureux de lui témoigner notre profonde gratitude pour sa sympathie et sa bienveillance continuelles à notre égard.

Que M. le professeur Bouchard dont les savantes études de pathologie générale nous ont guidé, daigne recevoir également l'expression de notre reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Sans oublier MM. les Drs Arnozan (de Bordeaux); Aubert (de Lyon), qui a bien voulu nous communiquer les *empreintes* recueillies dans ses délicates recherches; Unna (de Hambourg) et Brocq, qui nous ont personnellement exposé leur théorie; nous adressons aussi tous nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux; à MM. les Drs Léon Labbé, Marc Sée, Bouilly, Schwartz, Lécorché, Constantin Paul, Bucquoy, Tarnier et Bar, qui nous ont admis dans leur service, aidé de leurs conseils, instruit de leurs leçons.

DE L'ÉTAT SÉBORRHÉIQUE DE LA PEAU

ET DE SES RAPPORTS AVEC LES DERMATOSES

NOTAMMENT AVEC L'ACNÉ

Étude de pathogénie et de traitement

I

ÉTAT SÉBORRHÉIQUE

§ 1. — *Séborrhée physiologique.*

La peau de l'homme, à l'état normal, est constamment lubrifiée par une substance liquide, de nature huileuse.

Celle-ci, le plus souvent, n'est pas apparente, mais sa présence sur les téguments externes, surtout en certaines régions et chez les personnes adultes, peut être expérimentalement décelée. Il suffit quelquefois, pour contrôler grossièrement le fait, de passer en appuyant fortement un morceau de papier de soie ou de buvard blanc sur les parties latérales du lobule du nez, une des régions par exemple où la lubrification naturelle est ordinairement bien accentuée, riche aussi en glandes sudoripares et

souvent affectée de dysidrose. Ce papier, placé ensuite entre l'œil et la lumière, laisse voir plus ou moins marquées les taches faites par la matière oléiforme ; exposé longuement à l'action de vapeurs d'acide osmique, il donne toutefois des empreintes beaucoup plus nettes et dans les cas où le produit de la sécrétion grasse normale existe en très faible quantité, on peut encore, à l'aide de ce procédé, en relever des traces.

D'où vient cette matière grasse liquide ? Quels sont les organes dont le fonctionnement amène sa formation et qui la versent sur la peau ?

Parmi les physiologistes, le plus grand désaccord règne à ce sujet dans l'état actuel de la Science. Les uns la font venir des glandes sébacées, les autres des glandes sudoripares, tandis qu'une troisième théorie lui attribue une origine mixte. C'est, en somme, un problème encore tout à l'étude, et dans le but d'en rendre la solution plus facile, on s'est efforcé de savoir au préalable, si la couche huileuse existe dans toutes les régions de la surface cutanée.

On conçoit tout l'intérêt d'une telle question. Trouver des corps gras sur la peau, exclusivement en des parties où sont des glandes sébacées, c'est avoir une raison pour admettre que celles-ci ont seules le privilège de sécréter la substance huileuse. D'autre part, vérifier expérimentalement que des régions tégumentaires externes, dépourvues de glandes sébacées mais riches en glandes sudorales, sont néanmoins normalement graisseuses, c'est mettre en évidence la fonction sébogène de ces dernières.

Ce sont là les conclusions d'études les plus récentes.

Par un ingénieux procédé (1) basé sur les propriétés giratoires du camphre dans l'eau, le Dr Arnozan (de Bordeaux), a essayé de déterminer la répartition des sécrétions grasses normales à la surface de la peau.

Voici le résultat de ses recherches.

La production physiologique d'une substance huileuse par la peau se fait seulement en des sièges d'élection, et tandis que certaines régions, comme celles de la face, du cuir chevelu, du dos, etc..., sont sans cesse recouvertes d'une couche onctueuse, visible ou non, mais toujours constatée à l'aide du camphre, d'autres, au contraire, comme le prouve l'examen des membres, semblent privées de sécrétion graisseuse appréciable.

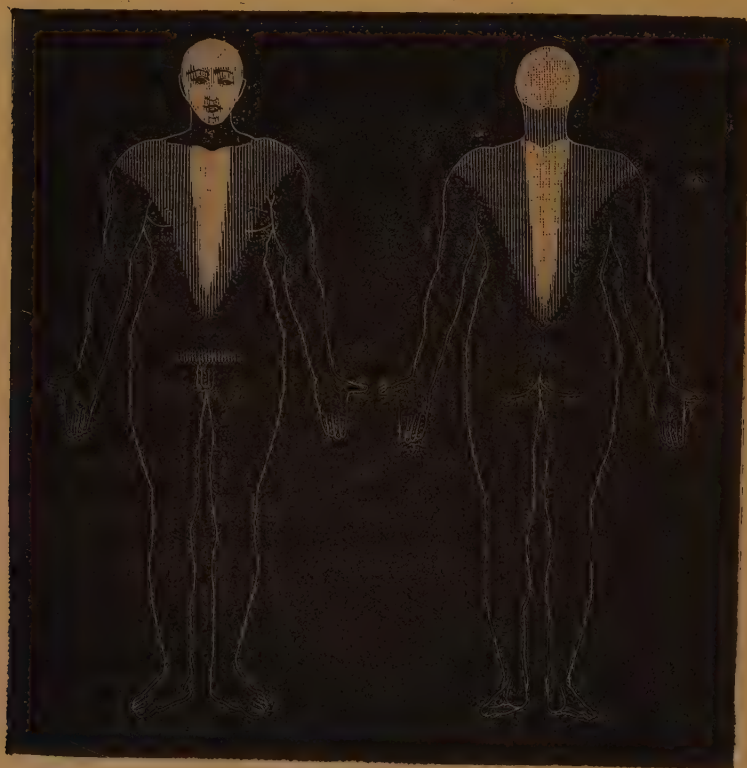
De plus, entre les parties huilées et celles qui paraissent ne pas l'être, il n'y a point, d'après les données expérimentales, de transition brusque, la diminution de l'enduit autour d'un point lubrifié se faisant insensiblement.

La sécrétion grasse existerait surtout dans les régions où prédominent les glandes sébacées; elle manquerait au contraire dans celles où il y a abondance de glandes sudoripares.

Aussi, à la paume des mains par exemple où ces dernières sont fort nombreuses (plus de 300 par centimètre carré, selon Sappey); M. Arnozan déclare-t-il n'avoir

1. Un fragment de camphre est placé dans un verre d'eau distillée, la surface de cette eau étant touchée avec une baguette de verre préalablement mise en contact avec divers points de la surface cutanée, si la région touchée est grasse le camphre s'arrête, si elle n'est pas grasse, le mouvement du camphre continue.

jamais obtenu, à part une exception, l'arrêt du camphre ;
« encore, ajoute-t-il, ce cas exceptionnel méritait-il d'être
critiqué, la main de notre sujet n'ayant peut-être pas été
à l'abri de tout contact avec les corps gras ». Aux ais-
selles où les glandes sudoripares sont encore plus multi-
pliées, les résultats ont été des plus variables. « Dans
tous les cas où la présence de la graisse a été constatée il
y avait absence de sueur ; au contraire les aisselles humi-
des étaient dépourvues de graisse. »



SCHEMA montrant les localisations de la graisse sur la peau d'un
adulte sain d'après Arnozan (Teintes blanches, régions riches en graisse ;
les grises le sont moins ; les noires en sont dépourvues).

C'est en janvier 1892 que ces observations nous ont été connues, et aujourd'hui elles ne peuvent être considérées comme précises et concluantes.

Tout porte à croire, en effet, que le procédé employé par M. Arnozan ne lui a pas permis de déceler à la surface de la peau la présence des corps gras lorsqu'ils existent en quantité extrêmement minime. Le *schéma* établi par cet auteur a cependant cette valeur, qu'il montre à nos yeux l'ensemble des diverses régions de la peau où la sécrétion grasse normale est ordinairement la plus intense. Pour cette raison, pour l'importance clinique du fait observé et pour l'utilité de notre description ultérieure, nous avons jugé bon de le reproduire ici.

Le Dr Aubert, de Lyon, après avoir longtemps étudié la même question que M. Arnozan, semble bien apporter à cette heure les preuves, que les localisations figurées par ce pathologiste sont trop exclusives, et que si dans ces régions la matière grasse est sécrétée en plus grande abondance, elle l'est aussi en d'autres et probablement sur toute la surface cutanée.

Des empreintes graisseuses étant recueillies sur une feuille de papier, on peut les y fixer d'une façon permanente en passant sur elles une couche d'encre noire. Il se produit dans ce mode de faire une réaction suivant laquelle la graisse devient l'agent fixateur de la matière colorante de l'encre.

M. Aubert dans ses scrupuleuses recherches s'est servi de ce procédé dit « *des empreintes à l'encre* » et découvert par M. le Dr Forgeot, mais en le modifiant un peu.

Par cette méthode, on obtient des taches de graisse

dessinées sur un fond noir, et par conséquent d'autant moins visibles. Pour remédier à cet inconvénient, M. Aubert avant de badigeonner le papier à l'encre, prend soin de le laver avec des essences ou des liquides volatils, tels que : éther, chlorure de méthyle, chloroforme, sulfure de carbone, etc., toutes substances qui empêchent l'encre de prendre sur le papier. De cette manière, la préparation étant en dernier lieu lavée à grande eau, le fond reste clair et les empreintes se trahissent beaucoup mieux.

Ce moyen employé pour relever des traces de graisse sur différentes parties du tronc et des membres, a été suivi de bons succès.

S'entourant des plus minutieuses précautions, M. Aubert s'est appliqué spécialement à rechercher l'existence d'une sécrétion grasse à la paume des mains. En séance du 29 février 1892, cet auteur a communiqué le résultat de ses expériences à la Société nationale de médecine de Lyon ; communication ainsi résumée par le *Lyon médical* :

« Après s'être lavé les mains plusieurs fois avec de la potasse et avoir constaté que les empreintes étaient alors négatives, M. Aubert enveloppe mains et avant-bras par des pièces propres de lingerie. Au bout de quelques heures, cet appareil protecteur est enlevé, et les mains apparaissent couvertes de sueur. On les laisse sécher à l'air un instant, afin d'éviter l'action de l'eau contenue dans la sueur, puis on prend les empreintes. Elles sont positives et décèlent un pointillé indice de la graisse.

Ces mêmes recherches faites aux pieds donnent un résultat encore discutable, en raison du peu d'intensité des empreintes. »

Nous avons vu plusieurs des empreintes prises par M. Aubert, au front, au sein, au bras, à la face antérieure de la cuisse, toutes accusent d'une façon évidente des traces de graisse relevées sur ces parties de la peau. Celles de la paume de la main sont non moins réelles, très visibles et témoignent bien que les glandes sudoripares des régions palmaires produisent vraisemblablement en certaine proportion de la matière grasse.

Ces constatations expérimentales démontrant l'inexactitude d'une partie des résultats obtenus par M. Arnozan, établissent entre les glandes sébacées et les glandes sudoripares une similitude de fonction que corrobore l'aspect grenu et jaunâtre de l'épithélium de ces dernières glandes. Elles sont la condamnation des idées déjà anciennes des histologistes qui contestent l'existence de la graisse sudoripare. Elles viennent à l'appui de l'opinion (peut-être excessive) de M. le Dr Unna, de Hambourg, lequel comme on le sait, attribue exclusivement aux glandes à sueur la propriété de produire la matière grasse versée sur la peau.

M. Aubert se sépare de la manière de voir de M. Unna par ce point, qu'il accorde seulement aux glandes sudoripares un rôle annexe dans la formation de la graisse. Il y a certainement, d'après lui, des différences dans la quantité de graisse élaborée par les deux variétés de glandes, sébacées et sudorales.

Les expériences de M. Arnozan, d'une part, montrant la sécrétion huileuse de beaucoup plus abondante dans les régions riches en glandes sébacées; celles de M. Aubert d'autre part, permettant de recueillir des empreintes

grasses en des points dépourvus de ces glandes et où il y a au contraire, quantité de glandes à sueur, font bien prévaloir l'idée soutenue par plusieurs physiologistes et pathologistes que la matière oléiforme qui lubrifie la peau a une origine mixte (1). C'est à cette théorie que nous nous rattachons, en accordant toutefois la prédominance au fonctionnement des glandes sébacées dans la formation de la graisse cutanée. Une sécrétion graisseuse abondante doit être d'origine sébacée.

En attendant que cette question soit définitivement tranchée, nous connaissons aujourd'hui quelques-unes des particularités qui singularisent la fonction sébogène de la peau, ou *Séborrhée physiologique* (2).

Nous avons vu qu'elle est variable dans son intensité suivant les régions. Plus ou moins forte au menton par exemple, on la trouve en général moindre sur le front, faible à la nuque, très atténuée au cou.

Ses sièges favoris sont surtout des régions remarquables par l'abondance de leurs glandes sébacées (V. schéma. Arnozan, p. 10), ce sont : à la face, les lèvres de la bouche, le menton, le nez, les sillons des ailes du nez, les pommettes, le front (entre les sourcils);

Le cuir chevelu ;

Le pavillon de l'oreille (partie interne);

La nuque;

A la poitrine, la région sternale (rég. intermamellaire);

1. V. Besnier, Doyon, Gamberini, Hallopeau, Kaposi, Vidal, etc.

2. Séborrhée (écoulement de graisse), mot mal formé du latin *sebum* graisse, et du grec *πέω* (couler).

Le dos (triangle du dos);

Le pubis;

Le pourtour de l'anus;

Aux organes génitaux, la face interne des petites lèvres (celle-ci présente parfois un semis très abondant de glandes qui apparaissent par transparence sous forme de petits grains de semoule);

Le prépuce, le sillon et la face postérieure du gland.

Quand cette sécrétion grasse, chez certains individus, vient quelquefois à manquer dans des régions où on la trouve d'ordinaire, c'est toujours en pareil cas dans celles où elle est normalement le plus faible, jamais là où elle est le mieux marquée.

Elle est susceptible d'augmentation ou de diminution suivant l'âge des personnes, et à ce sujet nous faisons avec insistance ces remarques : se constituant insensiblement dans l'enfance, elle s'accroît peu à peu et s'établit surtout avec la puberté. Elle s'accomplit avec le mode que nous lui avons décrit, chez l'adulte et dans l'âge mûr ; diminue et tend à disparaître dans la vieillesse (Arnozan), excepté au nez et au menton où il est fréquent de la voir se maintenir d'une façon durable et parfois très activement (verruques séborrhéiques des vieillards).

La séborrhée physiologique dont le mécanisme, on peut le dire, nous échappe dans ses phénomènes intimes, constitue un acte sécrétoire physiologique. Elle répond à un besoin de l'organisme. Dire quel est ce besoin, les progrès de la chimie biologique, de l'histologie même, dans une heure prochaine peut-être, le permettront ! Alors, le rôle reconnu à la production grasse de la peau sera-t-il

tout autre que celui qui lui a été attribué depuis des années, à savoir : de lubrifier les poils, de lustrer la peau, d'assouplir cette dernière contre les influences matérielles extérieures en même temps que l'empêcher d'être macérée dans la sueur, de lui donner enfin un certain degré d'imperméabilité.

Peut-être aussi n'est-elle pas étrangère à l'épuration complète du sang et de l'économie !

Peut-être établira-t-on une corrélation vraie entre la fonction d'un organe interne et cette fonction de sécrétion de l'enveloppe cutanée !

Toujours est-il, que l'absence du liquide séborrhéique en un point où il se montre habituellement, rend la peau sèche, rugueuse et la prédispose à des affections que nous n'avons pas pour but de décrire.

Pour la fièvre typhoïde par exemple, où les fonctions cutanées, comme les autres, sont enrayées, ralenties ou perverses, la sécrétion séborrhéique cesse plus ou moins complètement ; de là, un notable degré de sécheresse, d'état squameux (*pityriasis tabescentium*), état, soit dit en passant, qui n'est pas étranger à la foule des lésions de la peau consécutives à cette fièvre.

En considération de ces faits, il est manifeste que la séborrhée physiologique a pour caractère spécial, de s'accomplir sans troubles, sans conséquences fâcheuses pour nos tissus, et que, bien au contraire, son existence a pour effets le bon état de la peau et le régulier fonctionnement de l'organisme. Enfin, tant qu'elle reste normale cette sécrétion se produit sans jamais dépasser certaines limites d'intensité.

§ 2. — *Séborrhée pathologique.*

On vient de voir quelle part importante nous avons dû faire à l'existence de la graisse dans l'étude de la séborrhée physiologique.

Cela tient, à ce que les auteurs qui ont fait sur ce point les recherches les plus importantes, ont toujours mis la question de la graisse sur le premier plan.

Nous prenons la substance séborrhéique telle que nous la livrent les chimistes, les physiologistes et les histologistes, et si des analyses ont montré qu'elle contient peu de *graisse* mais surtout des *acides gras*, nous tenons à déclarer que cette question ne nous importe que médiocrement.

Ce qui nous intéresse principalement, ce sont les modifications subies par la fonction sébogène normale de la peau, modifications qui la transforment en une sécrétion anormale, véritable affection cutanée (*Séborrhée pathologique*). C'est aussi ce fait, acquis de par l'observation, qu'un certain nombre de maladies bien déterminées et toujours les mêmes occupent de préférence, sinon exclusivement, certaines régions.

Or, ces sièges d'élection sont précisément ceux où prédomine la sécrétion séborrhéique, soit normale, soit pervertie.

Il est des cas nombreux, en effet, où la lubrification naturelle de la peau se trouve altérée par des causes qui nous échappent encore. La séborrhée se distingue alors

par son intensité, par la rapidité de son processus et par le dépôt à la surface des téguments de la matière oléiforme en quantité excessive ou en qualité modifiée.

Ces troubles de sécrétion n'existent pas dans la première enfance; il est banal de le dire, en raison des âges marqués chez l'homme par les commencements de la fonction séborrhéique physiologique ou par la principale activité de celle-ci.

Cependant ils peuvent se rencontrer de très bonne heure.

On doit se rappeler à ce sujet, que la sécrétion oléiforme normale semble commencer à se constituer vers les 8 à 10 ans en général, bien qu'elle ne soit tout à fait établie qu'à la puberté. Aussi la séborrhée morbide peut-elle apparaître avant cette époque où la menstruation s'établit chez la jeune fille, où la barbe pousse chez le jeune homme.

Tout récemment il nous a été donné d'observer avec notre maître le Dr Barthélemy:

Chez une jeune fille de onze ans, non réglée, une séborrhée très marquée, au nez, à la peau du front, au triangle du dos.

Mais c'est là un cas très rare, communément cette sorte d'*hyperséborrhée* ne se développe qu'à partir de la puberté, existant tout particulièrement chez les jeunes gens et dans l'âge mûr.

De même, c'est le plus souvent à la face, au cuir chevelu où ils débutent généralement, à la poitrine, au dos, aux organes génitaux, etc..., c'est-à-dire, précisément dans les régions que nous savons être d'habitude spécia-

lement onctueuses, que se montrent ces phénomènes (1).

Alors que toutes ces parties de la surface tégumentaire externe, ou que quelques-unes d'entre elles seulement soient affectées, la matière oléiforme produite incessamment et versée sur la peau, s'accumule sous forme d'enduit liquide, clair, jaunâtre, perceptible à la vue, sensible au toucher et très appréciable par exemple à l'aide d'un simple papier à cigarettes. Elle donne en même temps aux tissus cutanés qu'elle semble vernisser un aspect tout particulièrement luisant, les rendant comme poisseux.

Cette séborrhée est telle parfois, que si l'on vient à enlever le produit sécrété avec un peu d'ouate, on le voit se reformer aussitôt et le liquide oléiforme (d'autres prétendent que c'est la sueur) sourdre en grosses gouttelettes des orifices glandulaires.

D'autres fois au contraire, chez quelques sujets elle présentera cette singularité d'être plus abondante soit le matin, soit le soir.

Sous son influence, la peau se salit vite, exhalant quelquefois une odeur butyrique, surtout chez les gens malpropres qui se lavent peu. Chez ces derniers, on le comprend, des principes gras séjournant sur la peau, rancissent et modifient ainsi les qualités chimiques des sueurs étalées à la surface des téguments.

Les parties lésées conservent souvent leur coloration habituelle, cependant on observe fréquemment un état congestif de la peau au cuir chevelu, et surtout au

1. Voir pour ces régions (schéma, page 10) et p. 14.

nez une coloration rouge, peu accentuée il est vrai et seulement par instants.

Il y a dilatation visible des orifices glandulaires qui paraissent agrandis et béants, et ce phénomène n'existant pas seulement pour les glandes sébacées, mais aussi pour les sudoripares, il importe de remarquer que la séborrhée pathologique du cuir chevelu est toujours accompagnée d'une hypersécrétion sudorale abondante.

Cette dernière est commune encore, mais moins, dans les autres séborrhées locales. Rappelons enfin que l'hypersécrétion cérumineuse existe aussi souvent chez les séborrhéiques et que les otologistes ont été frappés de la fréquence chez ces sujets des bouchons cérumineux.

Il n'y a pas évidemment entre la séborrhée fonction normale et la séborrhée maladie, de ligne de démarcation bien tranchée, celle-ci se constituant peu à peu ; mais les signes que nous venons d'énumérer ne permettent plus, une fois qu'ils sont reconnus, de méconnaître l'existence de l'affection, et le *diagnostic* est facile.

Toutefois ces différents désordres du côté de la peau, ne sont que la manifestation d'une séborrhée anormale existant depuis peu, ou chez des personnes ayant de grands soins d'hygiène. Ils n'apportent avec eux pour les sujets qu'ils frappent qu'un sentiment de tension, de gêne, de chaleur désagréable, ou des picotements au niveau des points atteints, en même temps que l'ennui d'une peau toujours onctueuse et sale.

Quand, au contraire, cette sécrétion anormale dure depuis quelque temps ou qu'elle existe chez des sujets peu soigneux ou vivant dans des milieux malpropres, il

ne tarde pas à se produire de l'irritation et même de l'inflammation des téguments.

Il peut s'ensuivre à la longue des complications telles que : dilatation des vaisseaux, varicosités, etc. ; mais un fait, maintes fois observé, c'est que la séborrhée anormale bien établie, *se montre moins souvent seule qu'associée à diverses lésions du derme*, surtout à celles des glandes sébacées et notamment à l'acné.

REMARQUE. — Ces troubles de la fonction sébogène de la peau, ainsi déterminés, constituent seulement une des formes reconnues par les dermatologistes à la séborrhée pathologique, c'est la *séborrhée* ou *hyperidrose huileuse*, la *séborrhée liquide*, fluente, oléiforme, des auteurs modernes.

En dehors de celle-ci, on applique encore de nos jours le nom de séborrhée en général :

A des affections complexes, caractérisées par des troubles de sécrétion des glandes de la peau (1). On décrit des *séborrhées sèches*, dans lesquelles les produits de sécrétion des glandes et de desquamation de l'épiderme s'accumulent à la surface des téguments, sous la forme de squames plus ou moins adhérentes.

Des *séborrhées concrètes*, dans lesquelles les mêmes produits forment des accumulations beaucoup plus considérables et ont l'apparence de croûtes molles et graisseuses.

Notre étude ne porte pas sur ces variétés, lesquelles ne sont peut-être que de simples modifications de la forme, *dite huileuse*, dont nous avons essayé de donner une description. Nous parlerons ultérieurement de ces modifications.

1. Brocq, *Traitement des maladies de la peau*.

HISTORIQUE

Avant de chercher à élucider les difficiles questions relatives à l'étiologie et à la pathogénie de la séborrhée anormale, il est intéressant de voir combien a varié l'idée qu'on s'est faite de cette affection à différentes époques.

Un rapide coup d'œil jeté sur son historique nous montre en effet, par quelles phases dissemblables elle a successivement passé, et comment, ayant été souvent confondue avec diverses lésions qui peuvent l'accompagner, elle a reçu les dénominations de ces mêmes lésions dont on la croyait symptôme.

Jusqu'au commencement de ce siècle, les ouvrages de pathologie ne nous apprennent presque rien sur elle.

Dans les écrits d'Hippocrate, de Galien, de Celse, de Priscianus, d'Actuarius, il est bien parlé de « *defluvium capillorum* », un des symptômes constants des formes de séborrhées dites sèches. Mais ces auteurs ont rattaché ce phénomène à une maladie cutanée de forme squameuse, écailleuse, qui n'est autre que le *πιτυρίασις* des Grecs ou le *porrigo* des Arabes.

Toute espèce de séborrhée est vraiment méconnue jusqu'au temps, encore peu éloigné de nous, des Guy de Chauliac, Ambroise Paré, Mercurialis.

C'est, en effet, à dater des xv^e et xvi^e siècles, que les séborrhées, séparées du pityriasis, commencent à être soupçonnées, puis un peu plus tard, à être décrites plus ou moins minutieusement sous des noms multiples.

On voit Alibert, à la fin du *xviii^e* et au commencement du *xix^e* siècle, confondre encore certaines variétés de séborrhées, sous le nom de *Varus Comedo*, avec l'acné ponctuée dont l'apparence est cependant bien différente, « car, après avoir parlé des points noirs au visage, il indique que cette maladie se présente parfois sous forme de prolongements filiformes enfoncés dans les canalicules sébacés. »

Il faut arriver jusqu'à Bielt pour trouver seulement les premières traces de la séborrhée à forme huileuse.

C'est en effet vers 1817, que Bielt décrivit véritablement cette affection sous le nom de *maladie folliculeuse*, puis d'*acné sébacée*, la faisant dépendre d'une hypersécrétion des humeurs contenues dans les follicules.

Il avait remarqué que les follicules sébacés éprouvent d'abord une excitation légère qui ne donne lieu à aucun changement de couleur à la peau, mais que celle-ci devient comme huileuse sur les parties atteintes.

Du reste cet auteur, dans le *Dictionnaire de Médecine* en 30 volumes paru en 1832 exprime ainsi son opinion :

« Peut-être faudrait-il ranger dans le genre acné la phlegmasie simple de la cavité folliculaire produisant une sécrétion plus abondante de fluide sébacé. Tantôt ce fluide en se répandant sur la peau lui donne un aspect gras, huileux... Tantôt il offre en s'épaississant une apparence squameuse, molle, peu adhérente, qui ne tarde point à prendre une couleur noirâtre. Je propose de la désigner sous le nom d'*acné sébacée*. »

Comme on peut en juger, dans cet exposé donné par Bielt, les variétés sèches de la séborrhée sont regardées

comme une transformation de la forme huileuse, et toutes englobées sous un même nom.

Quelques années après, Rayer, dans une première édition d'un *Traité théorique et pratique des maladies de la peau* (Paris 1827) — parlant des sécrétions morbides des follicules sébacés — décrit plusieurs maladies qui en résultent, et dans la deuxième édition du même ouvrage, parue en 1835, applique le nom de *Flux sébacé*, à celles de ces maladies, dans lesquelles le *sebum* est sécrété en quantité excessive. Le premier, il nous donne sur ces phénomènes d'hypersécrétion, des détails assez longs et dont voici quelques-uns :

« L'enduit gras, jaunâtre et comme cérumineux de la peau, est produit par une maladie peu connue des follicules et qui n'a été décrite par aucun pathologiste. On sait que la peau excrète naturellement une matière huileuse que Cruikshank est parvenu à obtenir sous forme de lames à la surface d'un gilet de laine tricoté qu'il avait porté nuit et jour pendant un mois, dans le temps le plus chaud de l'été. Cette matière frottée sur du papier s'y comporte comme la graisse, elle brûle avec une flamme blanche et laisse un résidu charbonneux.

Or c'est l'augmentation de cette sécrétion huileuse qui donne lieu à l'enduit gras et cérumineux dont je vais parler....

Quoique cette maladie puisse se développer sur toutes les régions du corps, elle se montre spécialement sur le nez, les sourcils, le cuir chevelu et quelques autres parties de la peau, à la surface desquelles l'excrétion de cette matière huileuse est naturellement plus abondante. »

Cette description est suivie d'observations. Nous en donnons une, prise au hasard :

« J'ai soigné une jeune fille âgée de 18 ans, d'un tempérament sanguin, qui avait toujours joui d'une bonne santé et qui était atteinte d'une sécrétion morbide des follicules sébacés du sourcil gauche et de la partie voisine du front ; un enduit onctueux, mince, inégal, d'un jaune foncé, semblable au cérumen des oreilles, était étendu sur la peau affectée. Cet enduit qui s'était formé depuis deux mois sans cause connue, était certainement le résultat d'une exsudation des follicules sébacés de la peau. »

En 1847, Cazenave et Schedel qui adoptent les idées de Bielt, mettent davantage en vue l'affection qui nous occupe, en ce sens qu'ils décrivent une *acné sébacée fluente*, et une *acné sébacée sèche*.

Dès lors, c'est surtout sous le nom d'*acnée fluente*, que la séborrhée à forme liquide est décrite dans les traités de pathologie.

Il faut arriver jusqu'à Hebra pour voir la sécrétion huileuse séparée du chapitre de l'acné. L'école de Vienne (1872) donne en effet aux affections dans lesquelles il y a sécrétion considérable de sébum, sans qu'il y ait obstacle à son excrétion, le nom de séborrhée : *Seborrhœa oleosa, seu adiposa*.

En 1877, Unna, de Hambourg, reprenant toute la question des séborrhées, déclare : « qu'on a confondu pour lui, une hypersécrétion graisseuse réelle ne provenant pas des glandes sébacées mais des glandes sudoripares », et admet qu'il n'y a pas *séborrhée dite huileuse*, mais *hyperidrose huileuse*.

A cause de la localisation de la matière séborrhéique anormale dans les régions où abondent les glandes sébacées ; à cause de son absence dans celles où il n'y a que

des glandes sudoripares, comme à la paume des mains par exemple, l'opinion de l'école allemande n'a pas été admise par la plupart des dermatologistes en France. Aussi voyons-nous maintenant la sécrétion oléiforme pathologique, désignée par un nom différent, suivant l'origine glandulaire qui lui est attribuée.

Abstraction faite de ces dernières considérations, nous avons suffisamment exposé comment la question *séborrhée* peut être envisagée à l'heure actuelle.

En résumé, si l'on veut, dans les ouvrages de médecine, tant anciens que modernes, obtenir quelque indication relative à l'affection séborrhéique, il faut consulter des articles qui lui sont spécialement consacrés, mais portant les titres les plus divers, ou bien recourir aux descriptions des maladies avec lesquelles elle a été confondue.

Qu'on nous permette de rappeler les principales appellations données à la séborrhée et qui peuvent guider les recherches dans les livres.

Pityriasis (auteurs anciens). — Maladie folliculeuse (Bielt). — Acné sébacée (Bielt). — Flux sébacé (Rayer). — Acné fluente (Cazenave). — Seborrhoea oleosa seu adiposa (Hebra). — Stéarrhée. — Stéatorrhée. — Sécrétion grasse anormale de la peau. — Peau onctueuse. — Hyperpersécrétion huileuse. — Hypercrinie sébacée. — Séborrhagie. — Acné sébacée fluente (Besnier, Kaposi, Hardy, Doyon). — Acné liquide. — Séborrhée oléagineuse (Duhring). — Séborrhée liquide. — Séborrhée oléiforme (Barthélemy). — Hyperidrose huileuse (Unna, Brocq). — Séborrhée.

Les notions étiologiques fournies par les auteurs qui se sont occupés de la question de la sécrétion oléiforme morbide de la peau, sont aussi des plus confuses et des plus variées.

Néanmoins, on peut constater que ce sont les troubles digestifs qui sont le plus souvent mis en cause. Troubles gastro-intestinaux résultant d'une alimentation défectueuse (Dühring). — Dyspepsie. — Digestions difficiles. — Constipation, etc.

A ces troubles digestifs on adjoint des causes locales, telles que : maladies du foie, affections de l'utérus, des voies urinaires... puis des causes générales, comme l'état chlorotique ou anémique (Hebra), la convalescence de maladies aiguës. Le lymphatisme (Hardy). La diathèse herpétique (les maigres) ou arthritique (les gras). La scrofule (Bazin). Les troubles de fonctions organiques, surtout la menstruation, la croissance, le surmenage, les misères physiologiques, toute débilitation et altération de l'organisme.....

A côté de ces causes, on en trouve d'autres nombreuses et spéciales, desquelles nous citerons par exemple : l'usage immodéré des alcools (Guibout) ; l'irritation de la peau par les cosmétiques ; l'habitat dans des appartements trop chauffés ; la peau piquetée et épaisse (peau d'orange) ; le teint des individus bruns noirs ; la continence, etc.

Quant à une explication donnée sur le processus pathogénique d'une de ces causes, il ne faut pas en chercher. On ne trouve sur ce point aucune espèce d'indication dans les traités de dermatologie.

II

ETUDE ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE

A. — ÉTIOLOGIE.

La nature intime de la séborrhée, la fonction même qui l'élabore, sont encore entourés de grandes obscurités. Quand la sécrétion grasse normale de la peau, sera bien tranchée, quand il sera possible de connaître dans quelle quantité le liquide séborrhéique peut être physiologiquement produit et que sa composition chimique sera définie, l'étude de l'étiologie de la séborrhée pathologique deviendra facile. De la comparaison alors rendue possible par les progrès de la chimie, entre les deux produits sécrétés, l'un normal l'autre anormal, sortiront des déductions logiques que les expériences et les données cliniques viendront bientôt confirmer.

Jusqu'ici nous ne pouvons constater entre les deux sécrétions que les relations concernant soit leurs sièges d'élection, soit l'âge des sujets qu'elles affectent, relations que nous avons précédemment signalées.

M. Balzer a fait l'étude microscopique du *produit oléiforme* pathologique, il y a trouvé surtout des cellules épi-

théliales en état d'altération plus ou moins avancée, fort peu de *graisse*, mais des *acides gras* favorables aux fermentations. On y a distingué aussi des chlorures et de l'iode, consécutivement à des ingestions salines et iodiques, un grand nombre de microbes, et enfin d'inoffensifs *demodex*, d'autant que les produits hypersécrétés sont plus récents et moins altérés.

Recueilli sur une plaque de verre, ce liquide ayant parfois une odeur butyrique très prononcée quand il a déjà subi une sorte de fermentation ou de rancissement, se dessèche complètement et apparaît au microscope sous la forme de minces lamelles.

Ces connaissances acquises jusqu'à ce jour sur la nature, sur les propriétés de la substance oléaginiforme anormale, n'apportent aucun éclaircissement au problème de l'étiologie, elles nous témoignent seulement de la même origine glandulaire du liquide dans les deux séborrhées.

Toutefois, si laissant de côté et la question d'origine du liquide et ses caractères, nous étudions les conditions générales dans lesquelles se développe l'état séborrhéique pathologique, nous pouvons recueillir de précieuses indications sur les causes probables qui viennent altérer le fonctionnement de l'appareil sébifère.

§ 1^{er}. — *Etiologie générale.*

La sécrétion séborrhéique anormale est une affection fréquente, même chez des sujets qui ont toutes les apparences d'une bonne santé.

Nombre de personnes en sont atteintes sans pour cela prendre consultation auprès des médecins. Ordinairement ce n'est que dans les cas où la maladie déjà intense, établie depuis longtemps, s'est compliquée de lésions comme l'acné, ou de toute autre dermatose née des mêmes troubles de sécrétion, que ces personnes se décident à venir demander un traitement.

De là, on comprend la difficulté pour le dermatologiste de pouvoir observer, nous ne dirons pas des séborrhées commençantes, mais des séborrhées exemptes de toute association pathologique.

Et puis, il faut bien l'avouer, on a attaché jusqu'à ce jour si peu d'importance à cette affection, ou plutôt elle a été si méconnue, que les médecins pour ainsi dire, n'en ont point fourni d'observations.

À part quelques traités théoriques des maladies de la peau, à part quelques ouvrages spéciaux, si on consulte les feuilles, les gazettes et les bulletins médicaux on se rendra compte de la pénurie des publications sur l'état séborrhéique morbide, dont le praticien pourrait cependant observer des cas chaque jour.

On prétend, qu'elle est plus commune en été que pendant les autres saisons, que le nombre des sujets qu'elle affecte est plus grand en Amérique qu'en Europe (Anspitz), mais nous pensons que toute *influence* dépendant de l'état atmosphérique, des variations de température, des saisons, des climats, des races, des localités, doit être écartée, en tant que cause première. Tout au plus, ces diverses circonstances ont-elles une action secondaire sur le degré de la maladie une fois constituée ; car,

d'une part, on ne voit pas bien par quel processus elles pourraient modifier la fonction sébogène. D'autre part, comment faudrait-il expliquer les rapports de cause à effet, la séborrhée, comme le prouvent les observations, se continuant alors que n'existent plus certaines de ces influences constatées au moment du début de l'affection ?

D'ailleurs, pour les mêmes raisons, et surtout d'après les localisations spéciales de la séborrhée, d'après sa marche, sa longue durée, il est clairement indiqué qu'il faut rejeter toute cause morbigène d'origine externe.

Nous ne pouvons non plus nous arrêter sur l'action des *influences morales* qu'il est impossible de faire rentrer dans le cadre étiologique que nous voulons constituer.

L'appareil glandulaire sébifère n'atteint généralement son complet développement qu'à la puberté ; c'est à la même époque par conséquent que se manifeste tout particulièrement son action sécrétante. De même les fonctions de l'organisme étant surtout actives chez l'adulte et dans l'âge mûr, ces considérations expliquent bien, pourquoi l'*hyperséborrhée* apparaît surtout à ces âges, sans qu'il soit nécessaire de chercher là quelque rapport direct d'étiologie.

Au point de vue de l'hérédité, de la transmission de la maladie dans les familles, les observations ne donnent souvent que des résultats négatifs, et c'est fait peu rare, de ne trouver aucuns troubles de sécrétion semblables du côté de la peau chez les parents, ascendants ou collatéraux des personnes séborrhéiques. Lorsqu'ils existent, on peut dire

que c'est la faiblesse native de l'estomac, la défectuosité des digestions et de l'alimentation, qui sont communes aux pères et aux enfants.

La séborrhée est venue en ces cas, comme conséquence forcée du mauvais régime, sans être héréditaire.

La séborrhée n'est pas non plus spéciale à un *sexe* ; elle se montre aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Peut-être est-elle plus fréquente chez celles-ci ? nous verrons tout à l'heure le pourquoi, quand nous exposerons les causes probables.

Les malades séborrhéiques sont des malades de tous les *états diathésiques*, goutteux, rhumatisants, syphilitiques, etc. ; ils se rencontrent dans toutes les professions, dans toutes les classes de la société ; mais il serait intéressant de savoir par la statistique, si leur nombre n'est pas plus élevé dans la classe riche où les affections stomacales prédominent, que dans la classe pauvre ? Ajoutons en passant, que dans cette dernière, la lésion se manifeste souvent par des signes plus marqués sur la peau, ce qu'il faut probablement expliquer par l'état défectueux des téguments chez des personnes qui négligent les soins de propreté, de toilette.

L'organisation spéciale de la peau, son épaisseur ou sa finesse, sa coloration, les particularités individuelles comme : teint clair ou brun, cheveux blonds ou noirs, ne peuvent être citées comme déterminant directement la séborrhée anormale.

Toutes ces circonstances, toutes ces causes et bien d'autres encore évoquées par les auteurs, nous le répétons, peuvent avoir une influence sur la séborrhée déjà

déclarée, pure influence secondaire, en quelque sorte modificatrice, mais elles ne peuvent en être le point de départ. Que la lésion soit fréquente chez des individus soumis à telles ou telles de ces conditions générales ou particulières que nous venons de passer en revue, nous ne le nions pas, loin de là ! Il ne faut voir là qu'un simple effet de coïncidence. Car, à l'encontre de ces faits observés, combien d'autres observations aussi nombreuses nous dévoileront la même maladie naissant chez des individus placés dans des conditions tout opposées ! De plus, une de ces conditions prétendue causale existe au moment où la séborrhée est constatée, et maintes fois a disparu alors que l'affection ne fait qu'augmenter !

En somme, l'existence de toutes ces circonstances n'est pas assez constante dans les cas de séborrhée pathologique, pour que nous les regardions comme causes de celle-ci.

§ 2. — *Séborrhée symptomatique de troubles digestifs.*

Guibout, dans son *Traité des maladies de la peau*, déclare : « pour qu'une affection cutanée puisse être dénommée symptomatique, il faut que cette affection présente des caractères constants, les mêmes et ne convenant qu'à cet état. »

Or, il est curieux de constater cliniquement, que toutes les personnes affectées de séborrhée pathologique se présentent telles à l'observation :

Ce sont des personnes le plus souvent nées de parents

à peau fine et blanche, à sueurs faciles et abondantes, obèses, goutteux, graveleux, etc., qui depuis plusieurs années déjà, avant le début de la maladie, avaient tous les signes manifestes des troubles fonctionnels de l'appareil gastro-intestinal ou de ses annexes.

Ce sont des sujets, tantôt à tempérament arthritique (ce type incontestable du mauvais état constitutionnel par ralentissement de nutrition); tantôt à constitution faible, molle, débilitée; des anémiques, des chlorotiques; des valétudinaires relevant de maladies dans lesquelles les fonctions de nutrition ont été profondément compromises (fièvre typhoïde par exemple). Voilà pour l'influence générale. Quant à l'influence locale, rappelons que Lailler a fait remarquer la présence de la séborrhée à la suite de la variole. Le fait nous semble en rapport avec les graves désordres causés à la peau par l'éruption variolique et les complications dermiques.

Beaucoup de sujets vivent dans de mauvaises conditions d'hygiène et sont soumis à une alimentation défectueuse.

Qu'on les examine attentivement ces malades, et l'on reconnaîtra chez eux les symptômes de cette anémie que M. le professeur C. Bouchard, dans ses magistrales *Leçons sur les maladies de l'estomac*, a montré être la conséquence des insuffisances stomacales (teint pâle, crampes et cuissons dans l'estomac après les repas, froid aux pieds, froid aux mains, céphalalgie, migraines, constipation principalement...)

Le plus souvent, ce sont des individus qui ont de la congestion de la face, surtout au moment de la digestion;

de la dyspnée consécutive à l'ingestion des aliments; du ballonnement du ventre, de la somnolence après les repas. Leurs nuits sont mauvaises, leur sommeil est lourd ou agité; ils accusent de la fatigue à leur réveil. Ils ont des troubles nerveux nombreux et variés, souvent du vertige, des troubles de la sensibilité générale, des névralgies; des idées tristes, de l'abattement physique et moral; des altérations de la circulation centrale ou périphérique (palpitations ou même douleurs en plein cœur, arythmie, etc.); en un mot, tous ces symptômes réflexes ou autres qui caractérisent la dyspepsie ou catarrhe chronique de l'estomac, qui sont enfin la fâcheuse conséquence de la dilatation ou de l'état défectueux de cet organe.

Maintes fois aussi, alliés à ces phénomènes pathologiques, l'observation en montrera d'autres qui ne sont que le reflet évident des mauvaises conditions, d'une perturbation fonctionnelle de l'intestin ou des annexes de l'appareil digestif.

Souvent on se trouvera en présence de sujets alcooliques chez lesquels le foie a subi une dégénérescence graisseuse. « C'est là un fait sur lequel je voudrais attirer plus particulièrement l'attention, que chez les buveurs d'alcool et par conséquent chez les individus atteints de dégénérescence graisseuse du foie, la sécrétion est spécialement molle et huileuse, que la sensation de la peau est particulièrement grasse et lisse au toucher, que les orifices des glandes ne sont jamais oblitérés par des masses de sebum (1) ».

1. Dühring, *Traité des maladies de la peau*.

Ajoutons qu'il y a lieu de tenir compte aussi, chez de tels individus, de l'altération des artères, de l'athérome viscéral consécutif des reins et des autres agents d'épuration. Beaucoup finissent par les néphrites interstitielles et par une des formes (si variées) de l'urémie.

Ce qui résulte de nos recherches, c'est que, chez les séborrhéiques on rencontre, comme règle, l'ensemble des signes matériels qui prouvent une lésion de l'appareil gastro-intestinal.

Parmi les symptômes le plus fréquemment observés, M. le professeur Bouchard, dans sa communication à la Société Médicale des Hôpitaux, sur la dilatation de l'estomac, signale déjà l'acné. Or, le Dr Barthélemy a montré qu'il n'y avait jamais d'acné sans séborrhée préalable.

Donc c'est bien à l'affection stomacale qu'il y a lieu de rapporter la séborrhée.

En effet, qu'on se rappelle que dans 169 observations personnelles de cas de séborrhée, le Dr Barthélemy a trouvé 165 fois le clapotage signe matériel concluant de la dilatation de l'estomac :

« Quatre fois seulement il a manqué, et encore, ajoute ce dermatologiste, est-ce précisément sur des malades qui venus seulement à ma consultation n'ont pu être suivis. Or, Bouchard dit formellement que nombre de ses malades, dont la nutrition était fortement compromise de par les troubles digestifs et dont la guérison ne fut obtenue que par le régime qu'il indiqua, ne purent être convaincus de clapotage qu'après plusieurs explorations attentives » (1).

1. Communication au *Congrès dermatologique de Paris*, 1889. Barthélemy.

Et ces phénomènes symptomatiques que nous venons d'énumérer d'une manière générale, tout clinicien, en présence d'un malade atteint de séborrhée, pourra les constater. Si, ne se bornant pas à un interrogatoire superficiel, il étudie attentivement le début de la maladie, il arrivera toujours à reconnaître que cette maladie a commencé par des troubles gastro-intestinaux et qu'un des prodromes le plus fréquent est la *constipation*. Si, ne considérant pas seulement les lésions cutanées, il se rend compte en même temps de l'état et du jeu fonctionnel des organes, il verra que les troubles de la sécrétion séborrhéique sont toujours en proportion directe, soit du défaut de résistance de l'organisme, soit de l'intensité de l'affection gastro-intestinale.

Obs. I — Mme X..., 40 ans, séborrhée ancienne très marquée au menton, au nez, au pli naso-jugien (1) s'étendant jusqu'aux pommettes. (Dilatation de l'estomac, dont elle souffre beaucoup, fermentations amenant le syndrome de la neurasthénie).

Obs. II. — M. C..., 27 ans, dentiste, état séborrhéique intense au cuir chevelu (a fait la campagne du Tonkin, a soigné les cholériques, pendant 28 mois, nourriture et hygiène défectueuses, depuis son retour en France, a rendu 4 ténias; digestions laborieuses, somnolence après les repas, etc.).

Obs. III. — Mlle M..., 22 ans, peau huileuse, front, nez, dos, (Chloro-anémique).

Obs. IV. — Dr D..., 27 ans, ailes du nez particulièrement grasses, très luisantes (Arthritique, hépatique).

1. Dans ce pli, Ricord et Fournier ont décrit une petite syphilide séborrhéique contemporaine de la fin de la roséole, mais plus persistante qu'elle, et fort précieuse parfois, pour le diagnostic exact et précis de la syphilis au début.

Obs. V. — Mme T..., 34 ans, couturière, séborrhéique, peau brune, cheveux noirs, comédons à la face (Présente tous les symptômes et les signes matériels de la dilatation stomacale).

Obs. VI. — Mme G..., 36 ans, forte séborrhée surtout au dos près du cou, se plaint de ne pouvoir porter de colerettes claires à ses robes parce qu'elles sont salies rapidement par la sécrétion huileuse (Est traitée depuis longue mps comme dyspeptique).

Obs. VII. — M. D..., employé de banque, sécrétion graisseuse abondante au cuir chevelu, commencement d'alopécie (A déjà eu 2 attaques de rhumatisme, troubles digestifs nombreux, prétend s'être abîmé l'estomac par la nourriture des restaurants à bon marché).

Obs. VIII. — E. B..., bonne, 18 ans, acné et séborrhée bien marquée (Anémique, vivait avant son arrivée récente à Paris, dans les plus mauvaises conditions d'hygiène alimentaire).

Obs. IX. — M. T..., 25 ans, peau fortement huileuse, acné commençante (arthritique), furoncles fréquemment, troubles gastro-intestinaux variés, hémorroïdaire, état de constipation habituel.

Obs. X. — M. E..., 28 ans, acné, séborrhée, comédons (dilatation de l'estomac, constipation fréquente) garçon de magasin chez un marchand de comestibles, nous déclare que son patron donne souvent à ses employés comme nourriture des marchandises avariées.

Nous avons donné seulement ces quelques observations parmi les nombreuses autres que nous avons recueillies tant en ville qu'à l'hôpital; elles ont entre elles un grand caractère de ressemblance et, nous pensons qu'il serait peu nécessaire d'en fournir davantage, tous les résultats

que nous avons pu tirer de ces observations ayant servi à former notre cadre étiologique de la séborrhée.

D'après ces résultats cliniques, il semble bien indiqué que l'altération de la sécrétion oléiforme de la peau, est un état morbide secondaire, symptomatique de troubles digestifs.

R. — PATHOGÉNIE.

§ 1. — *Relations entre les fonctions digestives et les fonctions cutanées.*

Ces conclusions au point de vue de l'étiologie de la séborrhée n'ont rien qui doive étonner.

Est-il besoin, en effet, de rappeler les liens étroits qui relient les fonctions du tube digestif ou de ses annexes aux fonctions de la peau ? On sait qu'en dehors de tout état pathologique proprement dit, l'usage de certains aliments, fatigue l'estomac et retentit sur le tégument externe.

L'ingestion de homards, d'œufs de brochet, de moules surtout ; les champignons, la viande de porc, les fraises et bien d'autres aliments.. ; les vins acides du Rhin, de la Moselle, etc. ; produisent fréquemment une vive démangeaison à la peau avec ou sans exanthème, avec ou sans purpura, et l'urticaire est un témoin de l'intoxication subie par l'organisme.

La susceptibilité individuelle est d'ailleurs très variable et doit être prise en grande considération. Certains sujets sont ortiés pour une seule fraise, d'autre part, le Dr Merklen a cité le cas d'une famille dont plusieurs membres ne peuvent manger des œufs sans avoir une petite éruption cutanée.

Le copahu et les autres balsamiques donnent aussi des érythèmes papuleux, ortiés et polymorphes.

L'ingestion des bromures, des iodures, de la teinture d'iode, des préparations iodiques et iodo-potassiques est suivie quand les doses sont élevées, quand l'ingestion est prolongée et surtout, selon la tolérance plus ou moins grande des malades et l'état d'intégrité de leurs artères de toute une série de manifestations éruptives (iodisme, éruptions iodiques et iodo-potassiques).

Les conserves avariées dans lesquelles se développent des ptomaïnes produisent une véritable intoxication, des fermentations et des leucomaïnes abondantes dans les organes gastro-intestinaux. Leur action se traduit par une irritation plus ou moins vive dans le tube digestif, par des nausées, des vomissements, des diarrhées allant parfois jusqu'au sang, par des lypothymies, des troubles cardiaques, et enfin souvent dominant la scène, des poussées d'érythème, d'urticaire, de purpura, de sudamina, de dysidrose, d'hyperidrose et tant d'autres manifestations cutanées. Les substances toxiques ont des effets analogues. Qui ne connaît les exanthèmes de la belladone, les taches arsenicales et tant d'autres éruptions désignées par Bazin sous le nom de *pathogénétiques* ?

C'est donc un fait notoirement connu, que tout acte défectueux du *chimisme digestif* se reflète sur la peau.

Dans les cas où les organes digestifs sont apparemment affectés, la coexistence de lésions de la peau est non moins évidente et a été signalée de tout temps, en France du moins. Aussi les phénomènes de réaction que nous venons de distinguer sont-ils surtout visibles chez les gras arthritiques et les maigres herpétiques, les gouteux, les rhumatisants, les migraineux, les dyspeptiques,

les hépatiques, les rénaux ou chez les individus prédisposés à l'indigestion et à la diarrhée.

Dans ses études médicales faites à la maison municipale de santé (maison Dubois), notre maître M. le Dr Lécorché, énumère parmi les nombreux symptômes du catarrhe de l'estomac, celui-ci :

« Beaucoup de malades ont aussi de la congestion de la face qui apparaît surtout au moment de la digestion. »

Et il ajoute :

« Ce dernier symptôme était si prononcé chez un malade, qu'il fit croire à tort au médecin traitant à une pléthore sanguine ; la numération des globules sanguins a montré que cet état n'avait rien de commun avec la pléthore, le chiffre des globules étant de beaucoup inférieur à la moyenne physiologique.

Dans des cas de dilatation de l'estomac, M. le professeur Bouchard a noté l'eczéma 13 fois sur 100 ; de même, fait que nous avons déjà signalé, chez les dilatés, principalement chez les jeunes filles, il est commun d'observer l'acné des tempes et de la région mentonnière.

Dans les cas pathologiques semblables, aussi bien que dans les dyspepsies, les embarras gastriques et tous les troubles gastro-intestinaux chroniques, l'urticaire a été souvent signalée, comme d'autres éruptions congestives avec élevures du derme.

Au sujet de la couperose, Guibout écrit : « Entre la peau du visage surtout et l'estomac, les sympathies les plus étroites existent. La muqueuse gastrique est-elle con-

gestionnée par une digestion laborieuse? La face devient rouge, vultueuse et si cette coloration anormale et de sympathie se renouvelle souvent à la suite d'excès de table, elle reste. »

On peut aujourd'hui penser qu'il s'agit là de phénomènes réflexes causés probablement par des toxines, mais partant de la muqueuse stomacale et allant par le pneumogastrique se réfléchir sur le trijumeau.

Avec le Dr Barthélemy il convient de ranger aussi dans le même ordre de faits, les troubles de la circulation cutanée qui sont connus sous le nom de *dermographisme* et qui sont si fréquents dans leurs différents degrés chez les arthritiques nerveux, c'est-à-dire chez ceux dont le système nerveux, est très sensible aux causes d'auto-intoxication. Le professeur Bouchard a du reste démontré l'action des toxines sur les vaso-moteurs périphériques.

Dans tous les cas d'acné vulgaire observés par lui, le Dr Barthélemy déclare que les prodromes et les symptômes témoignaient toujours de l'état défectueux des voies stomacales.

Dans six observations de pityriasis versicolore publiées récemment, MM. de Molènes et Costilhes montrent cette dermatose existant en même temps que la dilatation de l'estomac.

Le pityriasis rosé de Gibert a été constaté plusieurs fois chez des dilatés (Jacquet. *Soc. clin.*, 1886) (1).

1. Remarquons ici que dans certains cas, la dilatation de l'estomac ne fait que débilitier l'organisme et le rendre moins réfractaire aux causes qui peuvent l'atteindre (telles sont la tuberculose, la fièvre typhoïde, dont le bacille trouve de plus un milieu

Certaines variétés d'eczémas et de lichens enfin sont regardés par beaucoup comme l'apanage de l'arthritisme, c'est-à-dire de la nutrition ralentie et acidifiée.

Il n'est pas jusqu'au psoriasis et aux troubles trophiques qui suivent cette dermatose, que l'on n'ait considérés comme une *toxidermie* et l'on sait que la débilitation produite par la dilatation de l'estomac cause aussi un certain nombre d'infections qui ont des retentissements directs sur la peau, par exemple le zona.

Il est intéressant de noter enfin, que ces mêmes lésions dermiques que l'on connaît aujourd'hui concomitantes de la dyspepsie et des perturbations de fonctions gastro-intestinales, se rencontrent aussi bien avec les affections du foie. Cette concomitance n'avait pas échappé à l'œil observateur de Bazin. Mais d'après ce clinicien il y a rarement rapport de coïncidence directe entre les lésions cutanées et hépatiques, la dyspepsie s'ajoutant presque toujours à l'affection du foie.

Quoiqu'il en soit, ces relations de dépendance entre les fonctions cutanées et celles de l'appareil digestif, entre l'état pathologique du tube gastro-intestinal et diverses dermatoses, ont été reconnues de tout temps. Nous les avons tout particulièrement constatées dans l'étude de la

favorable dans les fermentations gastriques), ce n'est guère qu'un rôle de ce genre que joue vis-à-vis du pityriasis rosé et de certains exanthèmes à marche cyclique, la dilatation de l'estomac. Il s'agit là de débilitation générale de l'organisme et non pas de peau particulièrement préparée pour les germes, comme nous le verrons ultérieurement en parlant des conséquences de l'état séborrhéique.

séborrhée. A ne considérer que cette maladie, comment établir le mode d'enchaînement qui relie les troubles du côté de la peau, aux phénomènes prodromiques ou symptomatiques indices d'une insuffisance digestive, et caractérisant cette affection ?

§ 2. — *Hypothèse d'un processus pathogénique de la Séborrhée.*

Quelles que soient les glandes affectées dans la séborrhée à forme huileuse, nous pouvons dire, d'après nos connaissances générales sur le mécanisme des sécrétions, que leur activité fonctionnelle *spéciale* résulte : soit de la mise en jeu de cette force inconnue que l'on a dit appartenir à l'élément anatomique glandulaire et présider aux phénomènes intimes de sécrétion ; soit de l'influence du système nerveux, du mode circulatoire, de la composition du sang ; soit enfin de l'irritation directe des glandes par des agents venus de l'extérieur ou des substances éliminées par la peau.

Or, dans notre étude d'étiologie générale, nous avons vu qu'il était difficile d'attribuer la séborrhée à une cause d'origine externe. Ajoutons que, si la modification de la sécrétion normale tenait par exemple à l'action de microbes venus de l'extérieur, les examens microscopiques déjà faits auraient décelé leur présence, de même on ne saurait interpréter l'action de tout autre agent externe venant irriter directement les éléments cellulaires des glandes, sans renoncer à voir une relation entre les troubles digestifs et l'affection cutanée. Nous avons vu

au contraire que les troubles du côté de la peau étaient toujours en proportion directe de ceux du tube digestif. On peut donc penser plus justement que ces derniers, par l'intermédiaire des facteurs internes influant directement sur les glandes, agissent sur la sécrétion. Mais au cas où il existerait une force de sécrétion développée au sein du tissu glandulaire même, comment supposer l'influence de ces troubles digestifs sur cette force? Nous ne voyons de relation possible entre ceux-ci et la fonction sécrétante, que dans l'action qu'ils peuvent exercer à distance par le système nerveux ou par des produits de la digestion absorbés et venant en contact avec les organes glandulaires.

On se trouverait donc en présence d'un *phénomène nerveux réflexe* dont le point de départ serait la muqueuse digestive et qui irait se représenter sur les vaisseaux ou les cellules de la glande, ou d'un *phénomène de passage*, des voies digestives à la peau, de substances irritantes.

Les deux processus sont possibles et peuvent s'expliquer.

1° — Dans les affections du tube digestif ou de ses annexes, il y a : mauvais fonctionnement de cet appareil ; altération des produits organiques sécrétés ; défectueuse élaboration chimique des aliments ; fermentations gastro-intestinales anormales et production de principes toxiques, d'acides organiques, de leucomaïnes et autres alcaloïdes animaux (Gautier, *Chim. physiol.*).

Ces manifestations morbides ont été mises en évidence par les belles études de M. le professeur C. Bouchard, sur les *auto-intoxications*.

Ces études, en donnant naissance à une foule de travaux soit confirmatifs, soit même opposés à la doctrine, ont profondément remué le monde médical. Elles sont, on peut le dire, la base de théories nouvelles qui semblent devoir être fécondes en résultats, et à ce sujet, il ne nous est pas permis de passer ici sous silence le nom de l'illustre Pasteur auquel revient le premier honneur de ces résultats.

Par exemple, voyons d'après le professeur Bouchard ce qui se passe dans la dilatation de l'estomac.

Dans cette affection : le suc gastrique perd de son pouvoir antiseptique et n'oppose plus qu'une barrière médiocre, aisément franchie, au développement de certains parasites, et même fait d'une haute importance de microbes (1).

Ces microbes ainsi développés peuvent donner naissance à des substances nocives et prendre une part d'action à la formation de poisons organiques dans l'estomac, le fait doit être admis ; mais, en pareil cas, il existe une cause beaucoup plus importante de l'élaboration de principes toxiques, c'est celle, qui résulte des troubles éprouvés par *le chimisme de la digestion*.

La dilatation de l'estomac est une maladie de déchéance, parce que sous son influence les matières alimentaires sont incomplètement ou mal digérées. Celles-ci subissent une sorte de fermentation putride, et elles ne peuvent suffire à la nutrition surtout parce que les produits de cette fermentation défectueuse sont absorbés avec les produits de la digestion normale.

1. *Monde médical*, Avril 1892.

Il s'ensuit de l'insuffisance alimentaire, et parce que l'imperfection de la digestion réduit le taux de la matière assimilable, et parce que la fermentation putride détruit une partie de celle-ci. L'acide chlorhydrique trop dilué n'est plus capable de s'opposer aux actes fermentatifs anormaux, d'où formation d'alcaloïdes organiques.

MM. Bouveret et Devic étudiant cette toxicité dans la dilatation de l'estomac ont bien reconnu, après des recherches cliniques et de nombreuses expériences sur les animaux, qu'elle n'est pas de nature microbienne, mais due au trouble du chimisme stomacal qui accompagne l'hypersécrétion du suc gastrique et à la formation d'une pepto-toxine produite dans l'estomac par le fait de ce trouble.

Ces questions, du reste, sont encore loin d'être élucidées; nous n'en voulons pour preuve que le désaccord qui existe entre les opinions de MM. Sée, Debove, Hayem, Constantin Paul, Mathieu, etc.

Cette *perversion* des actes chimiques de la digestion existant dans beaucoup d'affections du tube digestif, surtout dans les maladies chroniques (dyspepsies, diarrhées chroniques, cancer intestinal), on comprend, que les agents toxiques formés en plus ou moins grande quantité (acides gras volatils, alcaloïdes organiques, ou leucomaines ou toxines) agissent sur la muqueuse, sur les nerfs, et provoquent une action, soit directe sur les cellules sécrétantes, soit vaso-motrice.

Qu'on se rappelle les phénomènes sécrétoires qui suivent la section du grand sympathique cervical! sur l'âne quinze heures après la section de ce nerf on voit appa-

raître à la face interne de l'oreille de grosses gouttes blanchâtres disposées en quinconce que M. Arloing a rapportées à une sécrétion des glandes sébacées.

Peut-être les poisons organiques produisent-ils une action analogue en paralysant le grand sympathique ? Il est fréquent en tous cas d'observer chez les séborrhéiques de chaque côté du nez, dans la sphère du trijumeau, une coloration rouge plus ou moins étendue, plus ou moins intense de la peau ; phénomène connu sous le nom de *papillon du trijumeau*.

2° — Cependant ces poisons, quels qu'ils soient, doivent être éliminés. Une partie évidemment est entraînée dans les voies du gros intestin avec les divers produits excrémentitiels, mais on ne peut nier que le plus grand nombre est absorbé et agit sur les organes, notamment sur les centres nerveux, grâce à son passage dans le sang. Celui-ci est l'aboutissant de toutes les matières toxiques formées et devient l'intermédiaire entre le lieu de leur production et leurs différentes voies d'élimination, soit reins, soit surface pulmonaire, etc. Or, au nombre des émonctoires de l'organisme il faut compter aussi la peau.

Comme les muqueuses, elle laisse passer les matières gazeuses, elle élimine de l'eau, des sels, de l'acide carbonique, des acides gras volatils. Dans beaucoup d'intoxications, dit M. Bouchard, chez des individus porteurs de cloaques, l'odeur de la peau ne rappelle-t-elle pas celle de leur suppuration ? Sous l'influence de certains troubles de la nutrition chez les hypocondriaques, les aliénés soumis à une alimentation défectueuse, la peau prend une odeur spéciale ; de même, quand les acides

gras sont éliminés plus abondamment ; qui ne connaît l'odeur particulière aux lieux habités — des asiles, des prisons, des casernes ?

Quand la nutrition est viciée sous des influences dépressives agissant par l'intermédiaire du système nerveux, n'en sommes-nous pas avertis par l'odorat ?

Enfin une démonstration expérimentale du rôle que joue l'émonctoire cutané dans l'élimination des substances toxiques, n'est-elle pas donnée par le vernissage de la peau des animaux ?

Si cette expérience a pour conséquence la mort de l'animal, cette mort ne doit-elle pas être attribuée à la rétention des substances toxiques que la peau a pour charge d'éliminer, plutôt qu'à l'arrêt de la respiration cutanée ?

Ce rôle émonctoire de la peau pourra devenir plus grand par l'altération de l'état d'intégrité et du fonctionnement des autres organes épurateurs, du rein par exemple.

Beaucoup de gens n'ont de lésions cutanées, quelle que soit la quantité des toxines formées dans leur milieu, que si les épurations et surtout celles faites par les reins sont insuffisantes.

L'épuration faite, les reins décongestionnés reprennent leur activité, les lésions cutanées disparaissent. Au contraire, si les reins restent définitivement mauvais, la guérison n'arrive et ne peut arriver jamais.

C'est bien un rôle épurateur que la peau semble jouer dans la séborrhée.

D'autre part, si on considère ce qui se passe pour l'é-

limination des divers poisons ou des différents produits médicamenteux introduits dans le tube digestif, on admettra volontiers cette hypothèse, que les toxines formées dans les cas pathologiques que nous avons étudiés, sont plutôt absorbées, éliminées par la peau, et deviennent cause de lésions dermiques en irritant les glandes.

En tout cas, quel que soit le mode suivant lequel ils sont produits, dans la séborrhée dite huileuse il y a des troubles particuliers du côté des téguments externes (V. p. 19), indices d'un travail spécial et traduisant le mauvais état de ces derniers.

Ce sont des manifestations de phénomènes physico-chimiques dont le mécanisme intime nous échappe, mais qui peuvent être rationnellement rapportées aux causes que nous mettons en avant.

En objection. — A cette théorie on nous demandera pourquoi tous les dilatés, pourquoi tous les individus atteints d'affection gastro-intestinales n'ont-ils pas de la séborrhée?

En réponse, on pourrait faire une question semblable : pourquoi les substances médicamenteuses, l'iode, l'alcool, le brome, etc, pourquoi les substances toxiques ingérées ne produisent-elles pas les mêmes effets chez tous?

Chaque sujet en effet traduit à sa manière, dit Besnier, son intolérance médicamenteuse ; c'est lui et non l'agent toxique qui détermine le plus souvent la forme des accidents pathogénétiques. On peut observer d'une part la même éruption cutanée produite chez le même malade par des substances différentes ; et d'autre part des éruptions dissemblables déterminées chez des sujets diffé-

rents par un même agent thérapeutique. La saturation n'arrive pas pour chacun à une dose égale. Cela dépend de l'activité d'absorption et surtout de l'intégrité des organes émonctoires.

De plus, l'élimination dans la séborrhée, si élimination il y a, doit être caractérisée par des lois mystérieuses d'électivité. Certaines substances ne sortent que par une seule voie, d'autres par plusieurs tout en manifestant leur préférence pour l'une ou pour l'autre, le chlorate n'a-t-il pas cette préférence pour les glandes salivaires? les baumes, les essences pour la surface pulmonaire?

Cela même dépend des doses, et l'iodure par exemple porte ses effets, tantôt sur les muqueuses et la peau, tantôt sur les reins.

On devrait aussi retrouver dans les liquides du tube digestif les substances toxiques produites par les fermentations anormales? Que des fermentations anormales existent dans les affections gastro-intestinales, le fait ne peut être mis en doute par l'apparition de phénomènes symptomatiques vraiment caractéristiques. On a fait des analyses du liquide gastrique, on a cherché à isoler les produits toxiques formés dans des cas d'affections gastro-intestinales, mais ces recherches n'ont porté que sur l'ensemble de toxicité des produits de la digestion et ont mené à cette conclusion que des alcaloïdes multiples se développent au cours de ces fermentations.

Quant à décèler les toxines dans les produits de sécrétion, chimiquement les recherches sont trop difficiles, ce sera bientôt l'œuvre, espérons-le, de l'histochemie et de la microchimie.

En résumé, la *Séborrhée pathologique* à forme huileuse, est une affection d'origine interne.

Dans la classification des maladies de la peau établie d'après l'examen physiologique approfondi de la nutrition, basée sur les études de bactériologie, de neurologie et de pathologie générale, sa place est bien indiquée. Elle ne doit pas être placée comme elle l'a été pendant longtemps, dans les *trophodermatoses* résultant d'une exagération, mais dans celles dues à une perversion de la nutrition.

L'étude de ses causes justifie une fois de plus ces paroles émises depuis longtemps : *que beaucoup d'affections cutanées ne sont que des problèmes d'alimentation*. La vieille opinion d'Ambroise Paré sur l'eczéma n'était-elle pas déjà : « que ce mal devait être attribué au vice du sang, à l'altération humorale, à la rétention anormale, dans nos tissus, des résidus acrimoniques excrémentiels de la nutrition, etc. » ?

Note. — Spécifier quelles sont les glandes sur lesquelles les toxines portent leur action dans l'hyperséborrhée, de manière à produire ces troubles de sécrétion, nous ne le pouvons pas encore. C'est poser la question de l'origine de la matière grasse normalement versée sur la peau et que nous avons déjà traitée longuement en parlant de la séborrhée physiologique.

Il y a vingt ans à peine, l'opinion générale des pathologistes était que cette sécrétion anormale résultait d'une suractivité fonctionnelle des glandes sébacées.

En raison des connaissances chimiques, histologiques et anatomo-pathologiques beaucoup moins étendues que cel-

les de notre époque, on croyait alors que les follicules pilo-sébacés étaient hypertrophiés par suite d'un excès d'activité et dilatés par un simple surcroît de sécrétion ; on n'établissait pas non plus de différence de composition entre le *sebum* physiologique et le liquide huileux pathologique.

Aujourd'hui, la question d'origine du produit séborrhéique pathologique est des plus discutée par les dermatologistes. Les uns nous le savons admettent que ce sont les glandes sudoripares qui fabriquent la matière oléiforme.

Telle est la manière de voir de M. Unna, de Hambourg. Au penser de ce dermatologiste, il doit en être ainsi, parce que chez les individus à peau huileuse, il est très fréquent de trouver par exemple des comédons, c'est-à-dire, de véritables obstructions des glandes sébacées. Dans les mêmes cas, au contraire, l'examen des glandes sudorales, fait avec beaucoup de soin, montre qu'il se passe en elles, certaines réactions indices d'un travail tout particulier dont il est impossible de se rendre compte, mais qui témoigne de la part très importante prise par ces glandes à l'élaboration de substances grasses. Il n'y a pas *séborrhée huileuse* mais *hyperidrose huileuse*.

Ce qui le prouve : c'est l'identité de la graisse qui infiltre le derme, avec celle des glomérules enroulés, la modification subie par les glandes sudorales, leur hypertrophie, leur suractivité, la dilatation des pores de la sueur.

De son côté, M. Brocq semble attribuer le même rôle aux glandes sudoripares, parce que fréquemment il a trouvé chez des séborrhéiques de la kératose pilo-sébacée

et une activité fonctionnelle toute spéciale du côté des glandes à sueur.

Beaucoup de dermatologistes acceptent les idées de M. Unna. D'autres au contraire voient entre l'hyperséborrhée et les fonctions des *glandes sébacées* une relation directe, évidente.

Différenciant à l'encontre des anciens le liquide pathologique du sebum (1) ils croient à une perversion plutôt qu'à une suractivité simple de la fonction sécrétante des glandes sébacées.

Les faits semblant prouver en faveur de cette opinion sont :

1° La fonction physiologique des glandes sébacées.

2° L'apparition de la séborrhée à l'âge où les glandes sébacées sont développées et commencent à fonctionner.

3° L'agrandissement et la béance des orifices de ces glandes dans l'hyperséborrhée.

4° Ce fait important, que cette dernière apparaît précisément dans des régions où prédominent les glandes sébacées.

5° Les manifestations d'un travail spécial présentées aussi par ces glandes.

6° Dans les cellules des glandes sébacées l'albumine est employée à former de la graisse ; or, l'absence presque complète de graisse dans le liquide séborrhéique n'indiquerait-elle pas précisément une perversion du mode sécrétoire de ces cellules par le fait de toxines qui, on le sait, décomposent l'albumine avec la plus grande facilité ?

1. Avec la composition du liquide séborrhéique donnée par Balzer, on peut comparer celle de la matière sébacée d'après Lutz (Lutz, thèse, Paris).

Il est certain, disent les partisans de la sécrétion des glandes sébacées, que dans la séborrhée on observe des comédons ou de la kératose pilo-sébacée, mais, de telles lésions en ces cas ne sont jamais généralisées, et l'obstruction ou l'atrophie de quelques glandes ne suffit pas pour refuser aux glandes sébacées le rôle de produire la matière séborrhéique anormale.

Ces dermatologistes déclarent aussi, qu'il n'est pas rare de rencontrer la kératose pileaire chez des sujets non séborrhéiques. La kératose pileaire et la séborrhée ont des sièges différents et si ces deux affections existent en même temps ne peut-on admettre une simple coïncidence?

Bien plus, quelques-uns voient dans les modifications que peut subir le liquide séborrhéique anormal une cause de la formation des comédons.

Entre ces deux écoles se trouvent les dermatologistes accordant aux glandes sudoripares et aux glandes sébacées une part dans la production de la substance de nature huileuse.

La proximité des glandes sudoripares et des glandes sébacées, le mélange de leur sécrétion, les modifications qu'elles peuvent présenter les unes et les autres dans la séborrhée, ont rendu très difficile jusqu'ici le problème d'origine glandulaire. Jusqu'à ce que le résultat de longues et difficiles recherches expérimentales fixe définitivement l'opinion à ce sujet nous avons seulement voulu exposer les différentes idées admises.

Sans vouloir porter de conclusions, rappelons seule-

ment ici ce que nous avons dit à propos de la séborrhée physiologique. Si des expériences récentes qui semblent être d'une grande valeur ont montré que les glandes sudoripares produisent de la matière huileuse normalement (1), ces mêmes expériences ont établi ce fait, que cette fonction sébogène des glandes à sueur est restreinte en comparaison de celle qui caractérise les glandes sébacées. Il doit en être de même dans la séborrhée pathologique.

A notre point de vue, que ce soit les glandes sébacées ou bien les glandes sudoripares, que ce soit à la fois les unes et les autres qui produisent la matière séborrhéique, les notions étiologiques que nous avons acquises, la possibilité de la théorie pathogénique que nous avons exposées n'en subsistent pas moins.

1. Il est bon de noter aussi que les glandes sudoripares servant à l'excrétion, sont vicariantes des reins et qu'elles éliminent une notable partie d'azote. Nié par Van Noorden, la démonstration de ce fait a été donnée par Argutinski et admise par Senator de Berlin. Quant à l'alcalinité que présente parfois la sueur, Claude Bernard la rattachait à l'influence d'alcalins introduits dans l'économie, aujourd'hui on l'attribue à l'évaporation des acides volatils, ne laissant sur la peau qu'un résidu alcalin (Tourton. Thèse doctorat. Lyon, n. 24. 1^o Série, 1879).

III

RAPPORTS DE L'ÉTAT SÉBORRHÉIQUE PATHOLOGIQUE AVEC LES DERMATOSES

Nous avons vu la dyspepsie, la dilatation de l'estomac, les troubles digestifs gastro-intestinaux en général, suivis conséquemment de l'altération de la sécrétion huileuse de la peau. Celle-ci à son tour une fois établie, après un temps plus ou moins long peut devenir la cause de l'apparition de nouvelles dermatoses.

On sait en effet que la séborrhée anormale est presque toujours accompagnée d'autres affections cutanées, surtout de celles des glandes sébacées, et la meilleure preuve de ceci c'est que, pendant longtemps, elle a été confondue avec ces affections concomitantes dont elle a porté les dénominations.

Aujourd'hui les caractères qui lui sont reconnus en font bien une dermatose distincte, indépendante de ces dernières avec lesquelles elle a toutefois des rapports que nous allons exposer.

La peau séborrhéique rendue grasse, huileuse, humide, par la présence du liquide hypersécrété, jouit de cette fâcheuse propriété, de s'attacher avec la plus grande facilité les poussières atmosphériques. De là l'ennui pour les sujets qui en sont atteints, d'une peau toujours sale,

qui tache vite leur linge et qui prend souvent la coloration des substances avec lesquelles leurs occupations les mettent en contact.

« On est à même, dit Hébra, de le voir souvent dans les manufactures où l'on emploie une grande quantité de charbon.

Sur le nombre des hommes employés dans ces établissements, il en est qui sont plus sales et plus noirs que d'autres, et ces ouvriers sont obligés, s'ils veulent se débarrasser des particules de charbon adhérentes à leur peau, de se laver la figure avec du son, de se frotter même avec une certaine énergie, tandis que leurs camarades se bornent à s'essuyer simplement le visage avec un linge sec pour être suffisamment nettoyés. »

Souvent, au visage principalement, les orifices des glandes cutanées forment çà et là *des points noirs*. On croyait que ces points noirs étaient surtout formés de graisse salie par des poussières adhérentes, mais les examens ont montré qu'ils contiennent aussi de la matière pigmentaire.

Du fait que des poussières adhèrent aussi facilement à la peau séborrhéique, on peut juger d'une part, qu'il en est de même pour les germes venus de l'extérieur et mis en contact de quelque manière que ce soit avec les téguments superficiels huilés; d'autre part, que les micro-organismes ainsi retenus et fixés, se développent, si le milieu dans lequel ils sont emprisonnés leur fournit des conditions favorables à leur évolution.

En un mot, la *peau devient un terrain propice à la réceptivité d'agents microgènes et favorable à leur germination*. Il était intéressant dans le but d'affirmer de telles propriétés au liquide acide et gras formé sur la peau dans

l'état séborrhéique, de considérer le rôle étiologique rempli par celui-ci vis-à-vis des dermatoses qui coexistent fréquemment avec la sécrétion anormale.

Des recherches entreprises dans ce sens ont été faites par le Dr Barthélemy au sujet de l'*acné simple*, qui est sans contredit la maladie de peau la plus communément compagne de la séborrhée.

S'appuyant sur le résultat donné par de nombreuses observations cliniques, ce dermatologiste a émis les conclusions suivantes :

a. — 1° — L'*acné simple*, chez un sujet n'ayant jamais eu d'*acné*, ne se montre jamais *sans séborrhée préalable* (séborrhée humide).

On s'explique ainsi pourquoi l'*acné vulgaire* se manifeste surtout à l'époque de la puberté (de 11 à 14 ans), la séborrhée n'existant pas chez les enfants. (Il est vrai qu'ils transpirent dès les premières semaines mais sans production de graisse).

Et ce fait peut être rapproché de celui-ci. Pendant 7 mois d'internat passés à l'hôpital des enfants dans le service de M. Ollivier, notre ami M. Matton que nous avons prié de nous signaler les cas d'*acné simple*, n'a pu en constater un seul. Pourtant les cas de dilatation d'estomac sont fréquents chez les enfants, mais leur peau ne fabrique pas encore de matière grasse, pas plus que celle-ci n'est couverte de poils (1).

1. On trouve chez les enfants dès le premier âge *les croûtes de lait* qui n'ont rien de commun avec la séborrhée huileuse et qui ont été rattachées en France à l'eczéma pustuleux.

Quant au *Vernix Caseosa* du fœtus, ce n'est pas un produit

On connaît chez eux la grande fréquence des affections cutanées en général par suite du manque de soins, de propreté, des causes d'irritation de toutes sortes, de la susceptibilité très grande du tégument externe (urticaire, folliculites, eczéma, furoncles, ecthyma, impétigo, phthi-riase, gale, trichophytes, favus, teignes, etc.). Pourquoi donc pas d'acné, si ce n'est précisément à cause du défaut de séborrhée?

2° — Bien que les examens anatomiques, chimiques et microscopiques n'aient encore donné aucune indication positive sur l'agent infectieux, on doit cependant placer l'acné vulgaire au nombre des affections parasitaires.

Cette lésion, en effet, primitivement papuleuse se transmet chez le même individu de glande en glande, se propageant de proche en proche par une sorte d'auto-inoculation. De même, elle est transmissible par contact d'un sujet à un autre à condition toutefois qu'un terrain favorable, c'est-à-dire un terrain séborrhéique, lui soit préparé.

Ce dernier est donc la condition nécessaire grâce à laquelle se répand et pénètre dans les glandes la semence acnogène.

Et, à l'appui de ces propositions, le D^r Barthélémy rapporte deux observations que nous reproduisons à cause de leur valeur d'autant plus grande qu'elles viennent s'ajouter à celles que nous avons déjà données, en témoignant des relations qui existent entre les troubles digestifs et la séborrhée pathologique.

séborrhéique. Il est dû à une hypersécrétion vraie des glandes sudoripares et à l'accumulation de cellules épidermiques desquamées.

OBSERVATION *a*

Une jeune fille de 15 ans avait depuis des années des troubles digestifs intenses : sang à la tête, crampes et cuissons dans l'estomac après les repas ; il y a quelques années, l'irritation stomacale s'était propagée aux voies biliaires et avait même donné lieu à un ictère catarrhal. Plus récemment s'était constituée cette légère anémie si fréquemment consécutive aux insuffisances digestives, avec pâleur, céphalalgie, un certain degré d'amaigrissement, une extrême facilité de fatigue sans pourtant qu'il y ait de souffles vasculaires ou cardiaques analogues à ceux de la chlorose. Ces troubles existaient certainement au dire de la mère qui m'apportait des ordonnances médicales déjà anciennes, depuis assez longtemps ; mais depuis deux mois seulement, et pour la première fois, l'*acné* avait fait son apparition sur les épaules et au front sous forme de minuscules papulettes à peines colorées. Or, il n'y avait pas encore de dilatation stomacale (du moins par plusieurs explorations, je n'ai pu en trouver la démonstration clinique), mais il y avait déjà une *séborrhée* assez marquée, très perceptible à la main et à la vue, sur le dos et sur la poitrine où l'on avait une sensation de graisse au toucher et ayant déterminé des points noirs en abondance sur le nez et sur les pommettes. Ajoutons que les deux sœurs aînées de l'enfant ont une dilatation d'estomac arrivée à la période confirmée et de l'*acné* pustuleuse assez intense et assez ancienne pour avoir couvert de cicatrices le dos, la poitrine et la face même. Les parents sont indemnes de tous ces troubles, soit stomacaux, soit cutanés, et l'ont toujours été tous deux.

OBSERVATION *b.*

Trois sœurs âgées de 13 ans, 16 et 19 ans, ont toutes trois, non seulement par le fait d'une disposition native des tissus et notamment d'une débilité naturelle des téguments, mais surtout par suite d'une même mauvaise hygiène, de la dilatation d'estomac, de la séborrhée et de l'acné pustuleuse, ici encore la mère est indemne de toute éruption ; je n'ai pas vu le père, mais on me dit qu'il n'a rien de semblable.

L'acné simple est parasitaire (1) et l'élément acnéique pour évoluer, a besoin d'un terrain spécial qui est la séborrhée.

Cette opinion est celle d'un grand nombre d'entre les pathologistes modernes.

Le terrain préparé, peut rester plus ou moins longtemps avant d'êtreensemencé ; le germe une fois implanté, peut aussi en quelque sorte demeurer à l'état latent de longs mois avant de se développer. Plus la peau sera en défectueux état par suite d'influences diverses, soit mauvaises conditions de santé de l'individu, écarts de régime, alcoolisme, tempérament spécial, etc..., soit accumulation de poussières, négligence des soins de propreté, résistance moins grande de l'épiderme, etc., et plus on le comprend, la réceptivité, l'évolution, les fermentations, l'auto-ino-

1. D'après Gilbert dont les recherches sur la microbiologie des pustules acnéiques sont contemporaines de celles de Barthélemy le staphylococcus albus aurait dans l'acné une prédominance sinon exclusive du moins considérable.

culatlon, la transmissibilité des agents pathogènes seront favorisées.

b. — Allant encore plus de l'avant, le Dr Barthélemy, considérant et la nature de l'*acné primitivement papuleux*, et la présence dans l'*acné* pustuleux de nombreux leucocytes chargés de microcoques pyogènes mélangés à des diplocoques et à d'autres vibrions, regarde les acnés (pustuleuse, nodulaire, tuberculeuse, indurée, phlegmo-neuse), comme des conséquences de l'*acné* simple, d'autres microbes venant se surajouter ou s'associer aux causes primitives de l'irritation des glandes sébacées pour produire ces lésions.

D'après le Dr Barthélemy, chaque fois que paraît une complication purulente, les associations microbiennes sont manifestes. Dans l'*acné* comme dans l'ecthyma, l'impétigo ou le furoncle, les microbes pyogènes sont abondants, surtout les staphylocoques, soit jaunes, soit blancs.

Nous ne faisons que signaler ici ces conséquences ou plutôt ces complications. L'intérêt pour nous étant d'établir seulement que le caractère important de la peau séborrhéique est celui de recevoir, de retenir les germes, de favoriser leur éclosion et leur croissance, rôle qu'elle remplit évidemment envers les germes acnogènes.

Cette peau s'attache nombre de microbes, de parasites, lesquels peuvent s'introduire par toute brèche qui lui est faite (1). Aussi, est-il soutenable que les glandes séba-

1. Balzer. *Parasitisme dans les glandes sébacées* (Société de Biologie, mai 1881.

cées par exemple, dont les orifices sont béants dans la séborrhée, se laissent primitivement pénétrer par les germes de l'inflammation acnéique, puis une fois lésées par l'évolution des papules acnéiques reçoivent d'autres germes. Ceux-ci demeurés jusqu'alors inertes sur la peau se développent à leur tour en modifiant, on le conçoit, la lésion première. De là, les observations signalant la présence du bacille de la tuberculose dans les pustules acnéiques, de chancres syphilitiques à la face, chez des séborrhéiques.

Encore une fois nous mentionnons seulement cette évolution ultérieure de l'élément acnéique. Le principal pour nous est qu'une étude étiologique comme celle qui a été faite au sujet de l'acné nous ait montré l'importance de la séborrhée comme maladie préparant le seul terrain propice à l'ensemencement des parasites acnogènes.

c. — Postérieurement aux recherches du Dr Barthélémy, des rapports de dépendance semblables à ceux que nous venons de passer en revue ont été cliniquement reconnus entre l'état séborrhéique et une autre dermatose, le *pityriasis versicolore*.

On savait que cette maladie ne s'observe que chez des personnes d'un âge moyen, à l'âge mûr; qu'elle n'existe ni chez les enfants, ni chez les vieillards, et qu'elle est due à un champignon qui lui est propre le *microsporon furfur* de Robin. Il était admis qu'elle est contagieuse (1).

1. On connaît le fait de contagiosité relaté et observé par

Mais jusqu'ici on n'avait pu déterminer les conditions de cette contagiosité suivant l'opinion de M. le professeur Hardy : « La faculté de contagion doit être faible et demande des conditions spéciales pour se manifester, car il n'est pas rare de voir des individus atteints de pityriasis versicolor intense, vivre dans une cohabitation habituelle avec d'autres personnes qui demeurent complètement indemnes de toutes lésions cutanées ».

MM. de Molènes et Costilhes ont pu s'assurer par des observations cliniques que la disposition particulière de la peau nécessaire à la réceptivité et à l'évolution du microsporon furfur est bien l'état séborrhéique. *Ils concluent en suivant les indications dermatologiques qui découlent du travail du Dr Barthélemy* : « La séborrhée est la condition indispensable, nécessaire pour que la pullulation du parasite soit assez abondante pour provoquer le développement de plaques de pityriasis ».

d. — On peut dire aujourd'hui que le *pityriasis simple* n'est guère plus considéré que comme un symptôme ; c'est presque synonyme de petites pellicules fines et sèches. Ce n'est plus une maladie à part, ce syndrome se rencontre, soit dans le psoriasis vulgaire, dans le pityriasis pilaire, l'impétigo même, soit dans quelques teignes, les trichophytiques de préférence, soit surtout dans les affections

M. Lancereaux (*Traité d'anat. path.*, t. 1, p. 265) sur lui-même ainsi que sur sa femme.

M. Lancereaux avait recueilli à l'hôpital Saint-Louis du *microsporon furfur*, il l'eublia dans la poche de son gilet et constata un mois après que sa femme et lui étaient atteints du pityriasis versicolore.

du cuir chevelu d'origine séborrhéique comme dans l'eczéma séborrhéique de Unna, soit enfin dans le defluvium pelliculare où Malassez a trouvé tant de sporules, arrondies, en 8 de chiffres ou en gourdes.

Mais le pityriasis signifie surtout *séborrhée sèche*. Le produit des glandes sébacées, mélangé à celui des glandes sudoripares si abondantes au cuir chevelu, se dessèche, se concrète et détaché parsème les cheveux, les habits, de fines particules allant parfois jusqu'à simuler les lentes de la pédiculose ou les coiffures mal poudrées d'autrefois.

C'est là le vrai *pityriasis*, celui de la séborrhée sèche, donnant lieu à des démangeaisons et plus tard à la chute des cheveux avec ou sans rougeur du cuir chevelu. Celui-là est lié aux fonctions des glandes sébacées et par conséquent aux troubles digestifs, chez les arthritiques, les gouteux aussi bien que chez les strumeux à cheveux gras, huileux et luisants.

Voici donc deux maladies : *acné simple*, *pityriasis versicolore*, reconnues par la clinique secondaires de la séborrhée ; or, de tout temps ces dermatoses ont été considérées en général comme dépendantes d'affections des voies digestives, nous pouvons voir là un nouvel appoint apporté à la vraisemblance de l'étiologie reconnue par nous à la sécrétion huileuse pathologique.

e. — Sans compter les nombreuses affections des glandes sébacées telles que : *saillies à méat béant*, *points noirs*, *tannes*, *kystes sébacés*, (soit isolés, soit confluent), *abcès dermiques* et *sous-dermiques*, qui ne peuvent exister sans séborrhée préalable ; sans parler, par exemple, des *comédons* qui se forment par altération du produit gras

hypersécrété et dans lesquels on trouve un parasite banal primitivement attaché à la peau et pénétrant ensuite dans les follicules sébacés ; combien d'autres dermatoses encore nous seront montrées par les études approfondies de la dermatologie, comme ayant avec l'état séborrhéique des relations de dépendance semblables à celles que nous venons d'étudier !

f. — Dans la galerie pathologique des lésions dermiques secondaires de la séborrhée, on doit en tout cas réserver une place spéciale aux différentes formes de *séborrhées dites sèches*. Celles-ci, d'après M. Unna ne répondant pas à la dénomination qu'on leur a donnée, sont des processus inflammatoires chroniques de la peau et non des hypersécrétions des glandes, et doivent être regardées comme un type d'*eczéma séborrhéique* d'origine parasitaire ; mais, si l'opinion de ce dermatologiste s'impose, si, avec lui on ne voit pas bien comment une hypersécrétion des glandes sébacées pourrait se caractériser cliniquement par le dépôt sur la surface des téguments d'un produit solide, comment dans les cas d'eczéma séborrhéique concilier les rôles du parasitisme et des sécrétions cutanées ?

Des explications de ces faits ont été données : « en admettant qu'un individu constitutionnellement prédisposé à l'eczéma a en même temps de la séborrhée, cette séborrhée plus intense en certains points du corps, y crée des points d'appels pour l'eczéma qui s'y développe de préférence.

Lorsque l'eczéma s'y est développé il est modifié par l'état particulier de la peau qui est séborrhéique, si les sécrétions cutanées, les parasites de toute nature qui p :

lulent sur ce terrain merveilleusement préparé pour leur évolution » (1).

Au lieu d'interpréter ces faits en invoquant une modification d'un eczéma constitutionnel, n'est-il pas plus simple et n'est-on pas autorisé, en considérant ce qui se passe pour l'acné simple et le pityriasis versicolore, à croire à un ensemencement direct de la peau séborrhéique par des germes spéciaux dont le développement est cause de ces formes de séborrhée dites sèches. Ce qui est certain en tous cas, c'est que le point de départ de l'eczéma séborrhéique est presque toujours le cuir chevelu. Son apparition ultérieure sur diverses régions est due probablement à ce fait : les malades grattant souvent les parties lésées avec les mains, celles-ci transportent par contact en d'autres points de la surface tégumentaire et toujours dans un bon terrain, les germes pathogènes. Qu'il y ait modification de l'eczéma ou ensemencement direct de la peau, il n'en est pas moins certain que les types de séborrhées sèches comme les diverses dermatoses englobées sous le nom d'eczéma séborrhéique par Unna (seborroische eczem) sont des conséquences des troubles, soit dans la quantité, soit dans la qualité du liquide séborrhéique.

g. — Peut-être la *séborrhée concrète* n'est-elle aussi qu'une transformation de la forme dite huileuse et ne s'agit-il en pareil cas, que de résultats dus à l'action de parasites spéciaux ? Peut-être doit-on établir un même rapproche-

1. Brocq, *Traitement des maladies de la peau*. Paris, Octave Doin, 1892.

ment pour l'*épithélioma cutané* superficiel ? Il est curieux à ce propos de remarquer que la séborrhée concrète ou acné ponctuée est considérée par certains dermatologistes comme la première phase du cancroïde (Lailier, Audouard, etc.), et que d'autre part, l'*épithélioma cutané* superficiel a été considéré par quelques auteurs comme probablement d'origine parasitaire (*psorospermes*, Darier).

Qu'il nous suffise de nous arrêter à ces considérations pour vouloir faire reconnaître à la séborrhée le caractère important sous lequel nous l'avons envisagée.

Presque chaque maladie a son terrain de prédilection. Le bacille de la tuberculose n'évolue qu'en certaines conditions, l'impétigo aime le lymphatisme et l'enfance, etc. ; quelques-unes viennent sur tous les terrains indistinctement, la syphilis par exemple qui a pourtant plus de gravité sur certains sujets que sur certains autres, bien que toutes les contaminations soient prises à une source commune.

Il n'y a donc pas lieu de refuser à la séborrhée ce caractère : *qu'elle est un excellent terrain pour une foule de productions microbiennes* (acné, eczéma séborrhéique, tannes, comédons, urticaire, érythèmes polymorphes).

Quoi qu'il en soit, c'est un fait bien acquis que tous les individus chez lesquels les fonctions intimes de nutrition se trouvent altérées sont des sujets prédisposés aux affections cutanées. L'*anthrax*, le *furoncle*, affectionnent les goutteux et les diabétiques ; le *pityriasis versicolore*, l'*eczéma* et surtout l'*érythrasma* aiment les arthritiques et se montrent chez ceux-ci, surtout dans les points où les sueurs sont le plus abondantes et acides. Les enfants qui

digèrent mal ont des *folliculites* (folliculites syphiloides de l'athrepsie, (Fournier, Parrot), les dilatés, les dyspeptiques ont des ecthymas, etc.

Et la raison de ce fait n'est-elle pas donnée parce que précisément chez tous ces individus, un état spécial de la peau, l'état séborrhéique, reflet de la perversion du milieu intérieur, offre à toutes ces dermatoses les conditions nécessaires à leur évolution.

C'est au microscope, et plus encore aux cultures, qu'il appartient de réaliser les progrès de la dermatologie en confirmant de plus en plus cette proposition :

L'état séborrhéique est l'état spécial de la peau non seulement lubrifiée par une sécrétion oléiforme anormale, mais aussi devenue sous l'influence de cette sécrétion un terrain propice à l'ensemencement et au développement de nombreux germes morbigènes.

Si parmi les plantes, les unes ont besoin d'un terrain sec, les autres d'un terrain humide, ainsi en est-il des maladies de la peau. A celles des dermatoses dont les germes ne peuvent être ensemencés et se développer que dans un terrain humide, s'offre la peau affectée de l'état séborrhéique pathologique.

TRAITEMENT

D'après notre étude, on comprend que le traitement de la séborrhée doit être à la fois *interne* et *externe*. Le premier, par une médication bien réglée, agira sur les causes morbides, le second, par des soins locaux variés et répétés, modifiera l'état défectueux des téguments.

I. — TRAITEMENT INTERNE ET GÉNÉRAL. — L'indication thérapeutique principale, consiste à parer les troubles du chimisme stomacal, en cherchant à neutraliser les fermentations anormales par une *antisepsie gastro-intestinale* faite avec précision et suivant les indications données par M. le professeur Bouchard. Ce résultat sera obtenu par l'emploi de poudres antiseptiques et absorbantes, en même temps que seront donnés des purgatifs légers.

On prescrira principalement le *naphtol*, le *bismuth*, la *craie préparée*, la *magnésie calcinée*, etc., et l'on ordonnera avec avantage :

1° — Les cachets suivants :

Craie préparée.	0 g. 05
Benzoate de bismuth.	0 g. 20
Salicylate de naphtol B.	0 g. 30
Salicylate de magnésie.	0 g. 25

(M. pour 1 cachet, 1 à la fin de chaque repas).

2° — Ou bien : le lait, les boissons chaudes en se couchant, avec le benzo-naphtol (pour stimuler les reins et les épurations du sang.

Benzo-naphtol. 4 gr. par jour.

3° — Les eaux minérales alcalines seront d'un usage efficace, non-seulement parce qu'elles neutralisent les acides, mais encore parce qu'elles détruisent les fermentations et s'opposent aux auto-intoxications.

4° — A l'antisepsie interne, on alliera surtout une hygiène alimentaire appropriée (alimentation choisie; manger *moins*; cuisine simple, sans sauce, etc.), afin de diminuer les toxines et les fermentations.

5° — Il faudra régulariser les fonctions digestives, discipliner l'intestin par des habitudes régulières, *combattre surtout les constipations* par des lavements, l'administration du salicylate de magnésie, de la rhubarbe, de l'huile de ricin à petite dose, des pilules de podophylle, etc. (pour nettoyer l'intestin, empêcher la stagnation des matières putrides).

6° — Recommander l'exercice, la marche, les promenades, les frictions générales sur le corps, pour favoriser l'élimination de produits nuisibles absorbés et augmenter les combustions.

7° — Conseiller l'hydrothérapie froide, quotidienne, pour rendre le système nerveux réfractaire aux toxines, pour relever l'activité stomacale, stimuler le cœur, empêcher les palpitations, l'hypocondrie, etc.

8° — Renforcer les sucs digestifs, tantôt par un peu d'acide chlorhydrique, de pepsine; tantôt par un peu de noix vomique, etc.

S'il y a de l'anémie, donner les amers, les toniques, le malt diastasé, etc., en se conformant du reste à la thérapeutique spéciale de l'affection gastrique ou intestinale, cliniquement constatée.

II. — TRAITEMENT EXTERNE. — Le traitement interne ne réussit bien en général que chez des personnes soigneuses et mettant en pratique les règles d'hygiène de la toilette.

Dans le traitement de la séborrhée il est de toute nécessité de recourir à l'*antisepsie cutanée*.

1° — Prendre des bains sulfureux deux fois par semaine.

2° — Faire des savonnages biquotidiens (savon noir) (au cuir chevelu, à la région du dos).

3° — Matin et soir, lotionner les parties affectées avec des liquides antiseptiques, soit phéniqués, borico-sodiques, soit au sublimé (1/1000^e), — ou bien faire des badigeonnages de naphthol camphré ou des pulvérisations d'éther tenant en dissolution du salol, de l'acide salicylique, etc.

4° — Pour la nuit on appliquera des poudres non fermentescibles (oxyde de zinc, salicylate de bismuth, etc.) (ou la pommade au talc et au dermatol, suivant la formule.

Vaseline.		20 gr.
Lanoline		10 gr.
Talc		10 gr.
Oxyde de zinc.		5 gr.
Dermatol		2 gr.

Pour prévenir l'apparition de lésions cutanées secondaires, cette méthode thérapeutique devra être instituée *le plus tôt possible*. Une fois que celles-ci existent, elles ont leur traitement externe spécial sur lequel nous n'avons pas à nous arrêter, mais quoiqu'il en soit la médication interne précédente restera la même.

Ajoutons enfin que ce *traitement* mis en pratique par le Dr Barthélemy a donné les *meilleurs résultats*, et que cette efficacité curative nous devient une nouvelle preuve confirmant nos considérations *étiologiques* sur la séborrhée.

CONCLUSIONS

1° A l'état normal, la peau de l'homme, surtout chez l'adulte, secrète une matière liquide de nature huileuse (*Séborrhée physiologique*).

2° Le produit de cette sécrétion naturelle lubrifie probablement toute la surface tégumentaire externe, et semble venir des glandes sébacées et des glandes sudoripares.

3° Il affecte toutefois des sièges de prédilection et c'est en général dans les régions riches en glandes sébacées qu'il se montre le plus abondant.

4° Singularisée par divers caractères la séborrhée, répond à un besoin de l'organisme et s'accomplit sans jamais dépasser certaines limites d'intensité tant que la fonction reste normale.

5° Dans ces conditions, son existence a pour effet le maintien du bon état de la peau et peut-être aussi une certaine action épuratrice, en servant à l'excrétion de principes nuisibles capables d'amener l'auto-intoxication.

6° Les perversions et les perturbations dans la quantité comme dans la qualité des produits de cette fonction sécrétoire, constituent l'affection désignée actuellement sous les noms de *Séborrhée* (en France) et d'*Hyperidrose huileuse* (en Allemagne).

7° Celle-ci, confondue pendant longtemps avec diverses lésions cutanées qui l'accompagnent fréquemment, doit être considérée comme une maladie à part, bien distincte, ayant ses sièges d'élection constants dans les régions où s'accomplit principalement la séborrhée physiologique.

8° L'observation clinique montre que tous les malades séborrhéiques sont des sujets *affectés d'insuffisance digestive*.

9° Toujours associée à des troubles du *chimisme gastro-intestinal*, l'altération de la fonction sébogène cutanée est vraisemblablement causée par ceux-ci.

10° Sous cette influence naissent des toxines qui agissent sur les glandes de la peau : soit à distance par l'intermédiaire du système nerveux (grand sympathique), soit directement au moment de leur élimination par la peau.

11° Il s'agit donc d'une variété de *trophodermatose*, c'est-à-dire d'une affection relevant d'une perversion de la nutrition générale.

12° Quelle que soit l'origine glandulaire du liquide séborrhéique, qu'il contienne des acides gras volatils plutôt que de la graisse, peu importe ! Sa production amène l'irritation, la dilatation et l'inflammation des glandes ; sa présence sur la peau crée un *terrain propice à la réceptivité et au développement de nombreuses espèces de germes pathogènes, venus surtout de l'extérieur*.

13° Ces faits sont prouvés par l'évolution de l'acné, des kystes sébacés isolés ou confluents, des loupes, des tanes ou comédons, de l'eczéma séborrhéique, du pityriasis versicolore (de certaines variétés d'épithéliomas ?) toutes

lésions qui ne peuvent naître sans séborrhée préalable.

14° Les notions étiologiques précédentes ont une importance pratique et directe. Il en découle nettement en effet des indications thérapeutiques.

Il faut : d'une part combattre et neutraliser les fermentations anormales ou excessives, tant par *l'antisepsie interne*, que par l'hygiène alimentaire appropriée ; d'autre part, modifier l'état défectueux des téguments, en y réalisant *l'antisepsie externe*.

BIBLIOGRAPHIE

- Arloing.** — Lyon médical, février, 1892.
- Arnozan.** — Annales de Dermatologie et de Syphilographie (janvier, 1892).
- Aubert.** — Lyon médical, 1874. Février, mars, 1892.
- Balzer.** — Annales de dermatologie, 1884. Parasitisme dans les glandes sébacées (Société de Biolog., mai, 1884).
- Barthélemy.** — Etiologie et traitement de l'acné (arch. générales de médecine, décembre, 1889).
- Bateman.** — Synopsis of cutaneous diseases, 1819.
- Bazin.** — Dictionnaire encyclop. des sc. méd. art. *Dermatoses*. Leçons sur les affections génériques de la peau. Paris, 1862.
- Besnier.** — In. Kaposi. T. I, p. 153.
- Bielt.** — Dict. de médecine en 30 vol. 1832. Art. *Acné*.
- Bouchard.** — Leçons sur les auto-intoxications. Paris, 1887.
— Les Microbes pathogènes. Paris, 1892.
- Bouveret et Devic.** — La Dyspepsie. Paris, 1892.
- Cazenave et Schedel.** — Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris, 1847. 4^e édition.
- Doyon.** — In Kaposi. T. I, p. 153.
- Duhring (L.).** Traité des maladies de la peau (trad. et annot. par le Dr Barthélemy et le Dr Colson. Paris, 1883.
- Frémont.** — Séance du 29 avril. Soc. méd. des Hôpitaux.
- Forgeot.** — Thèse (Lyon).
- Franck (F.).** — Dict. des sc. med. art. *Sueur*.
- Gamberini.** — Giornale ital. delle. mal. vener. et della pelle 1889.
- Hallopeau-Vidal.** — (Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, 1889).

Legendre. — Thèse (Steinheil. Paris 1886).

Lorry. — De morbis cutaneis. Paris 1777. P. 539 et 640.

Malaguti. — Art. *Camphre*. Dict. encyclop. des sc. médicales.

De Molènes et Costilhes. — Arch. générales de médecine
1891.

Rayer. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau
(Paris 1827, t. II, p. 246), 2^e édition, t. III, p. 699,
Paris 1835).

Robin (Ch.). — Leçons sur les humeurs, 1874.

Robin. — Dict. encyclop. des sc. méd. art. *glandes sébacées*.

Unna. — (de Hambourg). Travaux sur la séborrhée.

Monde médical. — Avril 1892.

Traité de médecine, p. 348, t. 1.

Traité de physiologie. — Budge, Kolliker, Kuss, et Duval. Lon-
get, Béclard, Beaunis, etc.

Traités de dermatologie. — Auspitz (1887), Gibert (1860), Gui-
bout (1885), Hardy (1886), Hebra (1872-1874), Hillai-
ret (1885), Kaposi (1889), Brocq (1892), etc. Dict. de
méd. Art. *Peau*.

Vu : le Président de la thèse,
BOUCHARD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS.....	5
I. — <i>Etat séborrhéique</i>	7
§ 1. — Séborrhée physiologique.....	7
§ 2. — Séborrhée pathologique.....	17
HISTORIQUE.....	22
II. — <i>Etude étiologique et pathogénique</i>	28
a. — ETIOLOGIE.....	28
§ 1. — Etiologie générale.....	29
§ 2. — Séborrhée symptomatique de troubles digestifs.....	33
b. — PATHOGENIE.....	40
§ 1. — Relations entre les fonctions digestives et les fonctions cutanées.....	40
§ 2. — Hypothèse d'un processus pathogénique de la séborrhée.....	45
III. — <i>Rapports de l'état séborrhéique pathologique avec les dermatoses</i>	58
TRAITEMENT.....	72
CONCLUSIONS.....	75
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	78

